

OLLIER

GUIDE PRATIQUE

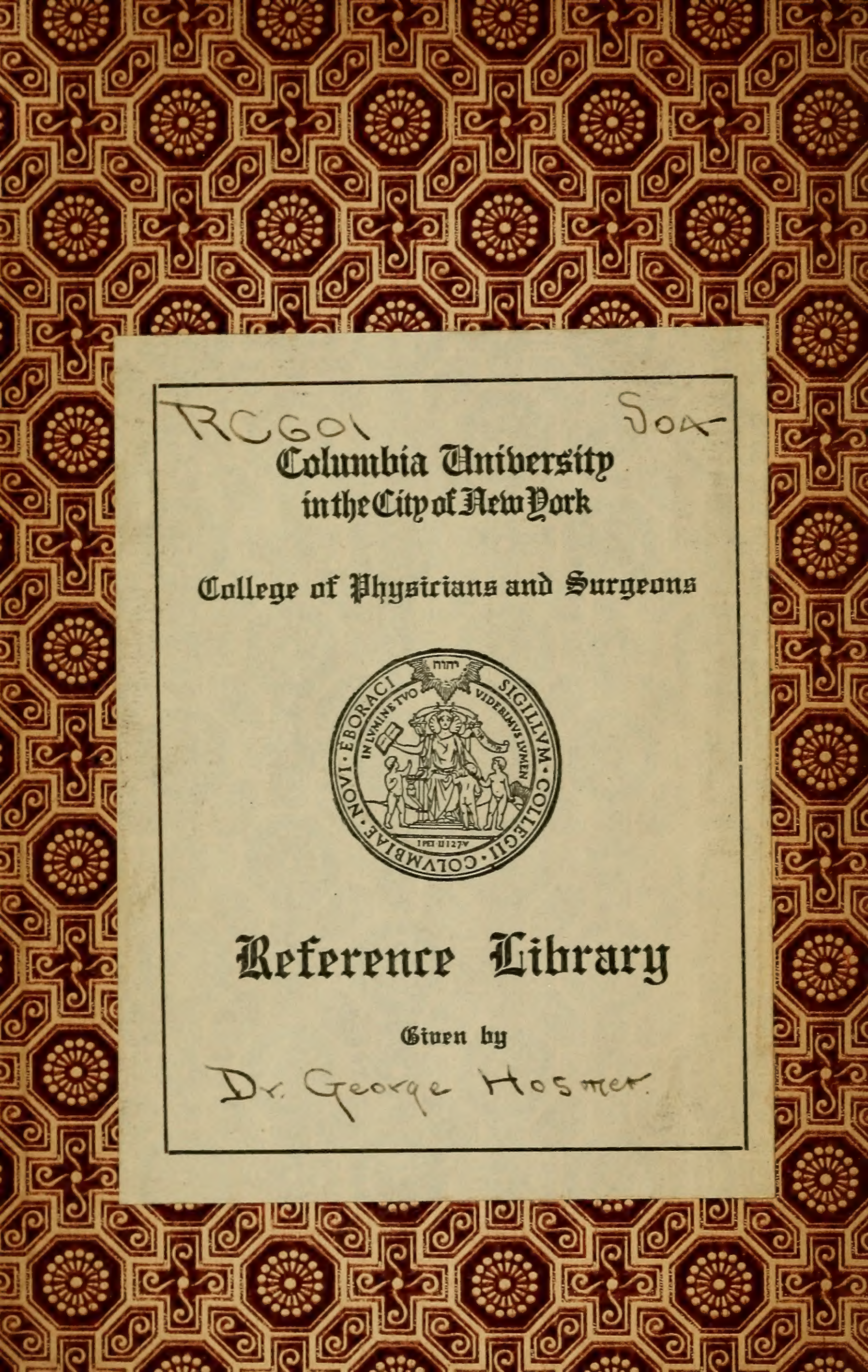
DES

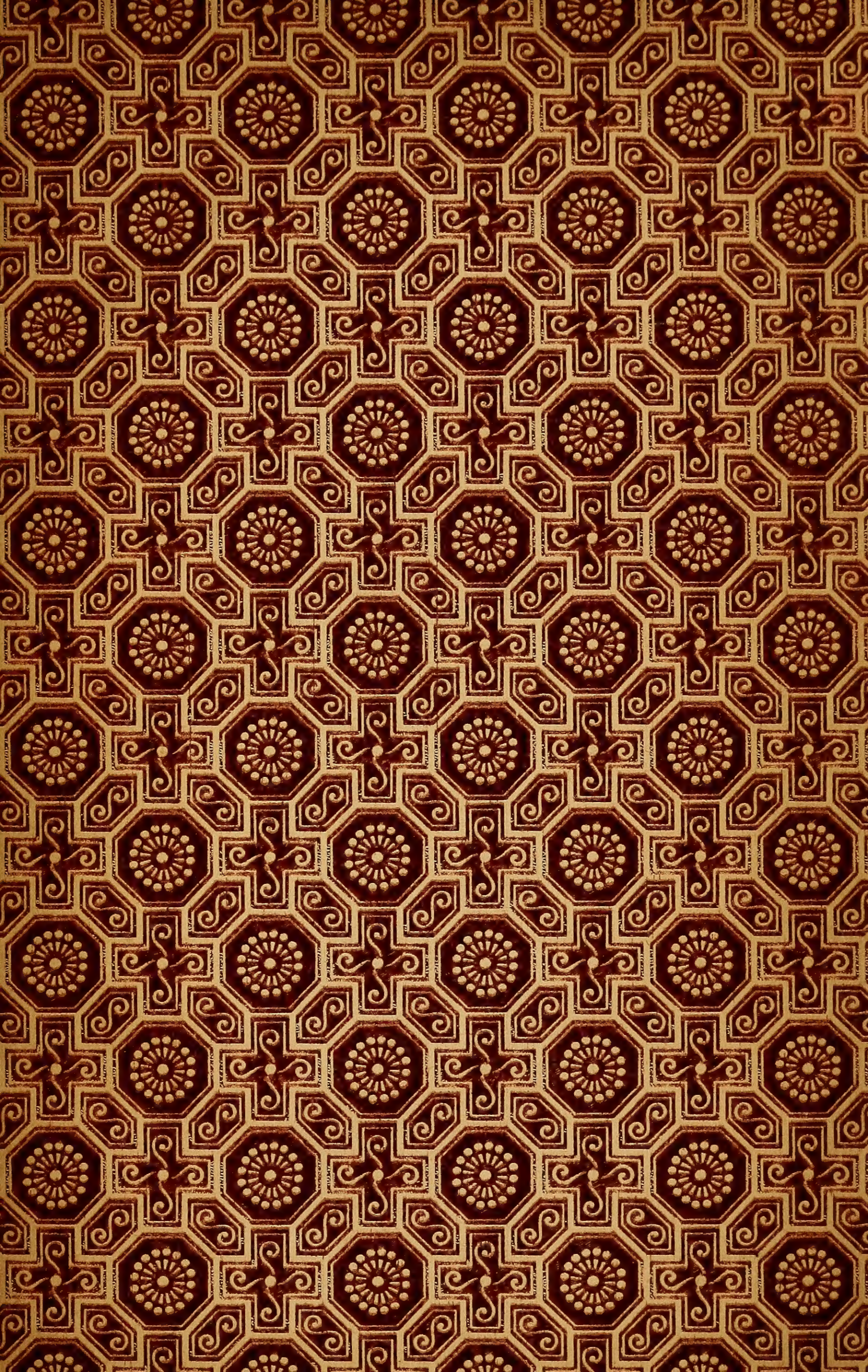
MALADIES MENTALES



PARIS

MASSON & Cie ÉDITEURS





GUIDE PRATIQUE

DES

MALADIES MENTALES

PRINCIPAUX OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

Le Sens musculaire, in Arch. de neurologie : 1887. — 21 pages. *Traduit en italien*, in Giornale di neuropatologia. Naples, 1887.

Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme. 1 vol. de 216 p. Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1888. — Ouvrage couronné par la Société médico-psychologique. — *Traduit en anglais*, in Wood's Medical and Surgical Monographs. New-York, 1890.

Cours d'hygiène (Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière). 1 vol. de 164 pages, au Progrès Médical. Paris, 1888.

Psychologie de l'idiot et de l'imbécile. 1 vol. in-8 de 276 pages avec 12 planches hors texte, in Bibliothèque de Philosophie contemporaine. F. Alcan. Paris, 1891. — *Traduction allemande*, par P. Brie, avec une préface du Prof. Pelman. Hambourg, 1891. — *Traductions italienne et polonaise*, sous presse.

Anorexie hystérique ; formes pathogéniques, traitement moral, in Revue de médecine, 1891.

Maladie de Basedow avec myxœdème, in Revue de médecine, 1891.

Les Troubles de la Mémoire. 1 vol. de 262 pages avec 36 figures, in Bibliothèque médicale Charcot. Debove. Rueff. Paris, 1892.

3276-92. — Corbeil. Imprimerie Crété.

GUIDE PRATIQUE

DES

MALADIES MENTALES

(SÉMÉIOLOGIE — PRONOSTIC — INDICATIONS)

PAR

Le Dr Paul SOLLIER

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX ET DES HOSPICES DE BICÊTRE ET DE LA SALPÊTRIÈRE

CHEF DE CLINIQUE ADJOINT DES MALADIES MENTALES

A LA FACULTÉ

SECRÉTAIRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—

1893

INTRODUCTION

BUT ET ORDRE DE L'OUVRAGE

Le petit volume que nous offrons ici au public médical s'adresse exclusivement aux médecins praticiens ou aux débutants dans l'étude des maladies mentales. Nous l'avons écrit à la demande de plusieurs confrères, trouvant les gros traités trop spéciaux et trop compliqués, et les manuels, abrégés de ces traités, trop concis au point de vue des symptômes et des indications pratiques. Ce qui manque en effet le plus, dans les ouvrages de médecine mentale, c'est le côté séméiologique. Or c'est précisément le point qui importe le plus au médecin praticien. Écrire un livre qui lui donne le moyen sans notions spéciales de médecine mentale, de remonter d'un trouble mental quelconque aux autres phénomènes qui lui permettront, par leur groupement, d'établir le diagnostic de la forme nosographique

à laquelle il appartient, et par suite de prévoir l'évolution de cette forme et de prendre les mesures que nécessitent le traitement du malade, sa sécurité et celle de son entourage, tel a été notre but.

Ce n'est donc *ni un Manuel*, *ni encore moins un Traité des maladies mentales* que nous avons eu la prétention d'écrire. C'est un *Guide pratique* pour arriver à la solution des quatre questions qui se posent en face de tout individu présentant des troubles mentaux. Le médecin doit en effet se demander à lui-même : 1° Le malade est-il réellement aliéné? — 2° Quelle forme de délire présente-t-il? La famille de son côté lui demande de lui répondre sur les deux points suivants : 1° Quelle est la marche, et, d'une façon générale, quel est le pronostic? — 2° Quel est le traitement, quelles sont les mesures à prendre?

Nous avons laissé de côté toutes les classifications plus ou moins compliquées des auteurs modernes, le principal, en présence d'un cas de folie, n'étant pas tant de lui donner un nom plus ou moins exact, que de savoir s'il guérira ou non, quels dangers il présente, et quel traitement il nécessite. L'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique — ces deux dernières surtout — n'ont pas non plus grand intérêt pour

le praticien, en dehors des indications qu'elles peuvent lui fournir au point de vue de l'évolution de la psychose. Quant au traitement, ce sont plutôt les indications à l'instituer, que la façon de l'appliquer qui l'intéresse, puisque, le plus souvent, ce n'est pas lui qui en a la direction.

L'ordre que nous avons suivi est l'ordre naturel des choses, celui dans lequel elles se passent lorsqu'un médecin est amené auprès d'un aliéné. Mis ou non au courant de l'anamnèse tant personnelle qu'héréditaire du sujet, ce qui frappe tout d'abord c'est l'habitus extérieur du malade, et les troubles physiques qu'il peut présenter dans les parties apparentes du corps. Cet *examen extérieur et somatique* de l'aliéné suffit quelquefois à le classer nosographiquement. Il permet en tous cas de reconnaître si on a affaire à un état d'excitation ou de dépression et à diriger par suite l'*examen psychologique* dans tel ou tel sens. Mais cet examen psychologique peut être empêché par le *mutisme* de l'aliéné, mutisme qui a une valeur aussi grande que les principaux *troubles de la parole* qu'on peut constater dans le cours de l'interrogatoire. Mais certains troubles sensoriels sont reconnaissables en dehors des aveux du malade, et ont une importance capitale : Ce sont les *illu-*

sions et les *hallucinations*, dont la séméiologie doit nous occuper immédiatement, car on les retrouve, par la suite, dans un grand nombre de formes mentales.

Ces différents points étant examinés, nous passons alors à l'étude des *états de dépression* en général, des *états de stupeur*, où la dépression est extrême, puis des *démences*, et enfin des *amnésies*. Les *états d'excitation et d'agitation* sont ensuite passés en revue de la même façon.

Ces principaux états syndromiques étant connus, rattachés chacun à une espèce nosographique spéciale, en nous aidant des différentes causes qui peuvent les produire et des différents symptômes spéciaux qui les distinguent, et examinés au point de vue du pronostic et des indications qu'ils comportent, il nous reste à étudier, au point de vue séméiologique, les principaux troubles mentaux élémentaires qu'ils présentent, de façon que l'un d'eux frappant le premier le médecin, celui-ci puisse partir de là pour le rattacher à telle ou telle forme morbide. Nous faisons ainsi la séméiologie des symptômes des états de dépression, puis de ceux des états d'excitation, et étudions successivement les *idées de suicide*, le *refus d'alimentation*, les *idées hypochondriaques*, les *idées de négation*, les *idées de persécution*, les *idées mystiques*, les *idées*

de grandeur, les *idées érotiques*, les *exhibitions.*

Nous sommes amené alors à certains troubles intellectuels ou symptômes, qui sont rattachables à des états où l'on n'est pas frappé tout de suite par la dépression ou l'excitation des sujets, — au moins dans le plus grand nombre de cas, — à savoir les *obsessions*, les *impulsions*, les *fugues*, les *vols aux étalages*, l'*homicide*. Enfin nous examinons la *folie morale* et la *folie raisonnante*, c'est-à-dire ces troubles qui sont placés sur les frontières de la folie.

Le *diagnostic de la paralysie générale* forme un chapitre spécial en raison de l'importance de cette question, de la fréquence des cas, de la multiplicité des formes.

Quoique nous indiquions à propos de chaque affection que nous rencontrons — et dont nous donnons une description symptomatique succincte, en insistant sur les phénomènes les plus caractéristiques — ses conséquences pronostiques et ses indications thérapeutiques, nous avons cru devoir consacrer deux chapitres spéciaux au *pronostic en général*, et au *traitement en général.*

Malgré les progrès considérables qu'a faits la médecine mentale depuis le commencement de ce siècle, il s'en faut que toutes les formes que nous observons soient susceptibles de rentrer

dans un cadre nosographique bien net. Nous serions donc forcé dans ces cas, encore trop nombreux malheureusement, de nous abstenir de porter un pronostic, si nous n'avions quelques principes généraux capables de nous guider à cet égard, et, tout en restant indécis sur le diagnostic précis, de formuler cependant un avis probable sur les chances de guérison ou d'incurabilité. Ce sont ces principes généraux, les signes de convalescence, de chronicité, de démence, d'intermittence, etc., que nous avons groupés dans le chapitre du *Pronostic en général.*

A la rigueur nous aurions pu nous dispenser du chapitre du *Traitement,* puisque nous l'indiquons chemin faisant. Mais le traitement comprend deux choses : des indications théoriques, et leur réalisation pratique.

Il est nécessaire que le médecin praticien, bien qu'il n'ait pas le plus souvent à appliquer le traitement à un aliéné sache cependant en quoi il consiste, et pourquoi il est ce qu'il est, de façon à en faire comprendre la nécessité à la famille, assez souvent récalcitrante à l'idée de l'isolement, et peu capable de saisir en quoi consiste le traitement psychologique de la folie. Le médecin praticien sert dans ce cas d'intermédiaire, et cela au plus grand profit du malade,

entre la famille et le médecin aliéniste traitant.

La question pratique réside dans les formalités légales concernant l'internement des aliénés, dont certains médecins n'osent pas prendre la responsabilité. Si dans la majorité des cas ils peuvent la prendre sans scrupule et sans crainte, il en est, comme ceux de la folie morale, de la folie raisonnante, de certaines obsessions et impulsions, où leur hésitation est légitime. Il est plus sage alors de ne pas assumer à eux seuls la responsabilité d'un internement et d'appeler à leur aide les lumières d'un spécialiste. Mais encore, pour le faire, est-il nécessaire que le cas en présence duquel ils se trouvent leur paraisse rentrer dans le cadre de l'aliénation mentale confirmée et que la crainte seule des conséquences désagréables auxquelles exposent si souvent les aliénés raisonnants, les retienne d'agir seuls.

Diverses questions de *déontologie médicale* ayant trait aux aliénés, ainsi que les formalités nécessaires pour l'*interdiction*, le *conseil judiciaire*, l'*administration provisoire des biens* des aliénés, et sur lesquelles les familles consultent souvent leur médecin habituel, terminent le chapitre du *Traitement*.

Nous bornant à l'exposé des seuls faits cliniques bien connus, laissant de côté toutes les théories, on nous reprochera certainement bien

des lacunes. Disons pour notre excuse qu'elles sont absolument volontaires, et n'ont d'autre raison d'être que notre intention de rester sur le terrain absolument pratique. Nous avons, pour les mêmes raisons, et afin aussi de ne pas encombrer le texte inutilement, omis toutes indications bibliographiques, qui n'ont de raison d'être que dans des ouvrages didactiques où la part de chacun doit être faite aussi consciencieusement que possible.

Par contre nous avons pensé qu'il était plus utile et plus pratique de faire une *table analytique* très détaillée des moindres faits signalés dans le cours de l'ouvrage, de façon que le lecteur pût se reporter très rapidement aux points où il en est parlé, et pût même embrasser d'un coup d'œil, rien qu'en la consultant, toutes les questions qui s'y rapportent, groupées en quelque sorte d'une façon synoptique.

Nous ne nous dissimulons pas les imperfections de notre travail, mais nous espérons que les confrères en vue desquels nous l'avons spécialement écrit, nous tiendront compte de ce que c'est le premier ouvrage de séméiologie mentale pratique qui leur est offert.

PAUL SOLLIER.

Paris, le 1er octobre 1892.

GUIDE PRATIQUE

DES

MALADIES MENTALES

EXAMEN EXTÉRIEUR ET SOMATIQUE

L'examen des aliénés est tout différent de celui des malades ordinaires. Ceux-ci vous renseignent sur les symptômes subjectifs qu'ils éprouvent et qui vous aident à corroborer ou à découvrir les symptômes objectifs. Là au contraire il faut partir des phénomènes objectifs pour arriver aux phénomènes subjectifs. On a dit que la folie est un mal qui s'ignore lui-même. C'est vrai dans la majorité des cas qu'on a à examiner. Si certains aliénés avouent qu'ils ne sont plus les mêmes, ils ne veulent pas convenir que c'est une maladie. Mais beaucoup, pour ne pas dire le plus grand nombre, nient même cela. Il y a donc une conduite à tenir avec eux un peu différente d'avec les autres malades. Si vous dites à un aliéné : « D'où souffrez-vous ? » il y a de grandes chances pour qu'il vous réponde : « Je ne suis pas malade ». Ce serait doublement mauvais d'être ainsi pris

de court, et vis-à-vis du malade auquel vous n'inspirerez pas confiance, et vis-à-vis de la famille qui pourra ensuite douter de votre ordonnance et de vos conseils.

Il faut donc ne pas se presser et commencer par examiner soigneusement l'habitus extérieur du malade, sa physionomie, son attitude, ses gestes, tous les phénomènes qui peuvent être accessibles sans procéder à l'interrogatoire. Tels sont les phénomènes moteurs et certains troubles des organes des sens, comme les yeux, et les troubles de la parole.

Il est des cas où rien dans l'attitude ne manifeste quoi que ce soit ou du moins rien de précis. Dans ces cas on peut commencer par l'examen somatique, par exemple chez les hypochondriaques, chez certains persécutés, ou chez certains maniaques.

Nous allons donc étudier d'abord les renseignements que peut nous fournir l'examen à distance en quelque sorte de l'aliéné. Pour procéder logiquement il faudrait reporter à un autre chapitre les signes physiques qu'on doit examiner de plus près et rechercher, tels que les troubles de la sensibilité, les réflexes, les troubles viscéraux, les anomalies corporelles, et les troubles digestifs. Mais cela embrouillerait plutôt les choses que de les simplifier. Aussi nous bornerons-nous à indiquer, à propos de ces divers troubles, ceux qui sont apparents immédiatement, et ceux qui doivent être recherchés, en commençant par l'étude des premiers, qui sont d'ailleurs les plus importants.

A quoi reconnaît-on un aliéné? — La concep-

tion que le vulgaire se fait des aliénés persiste jusqu'à un certain point chez nombre de médecins qui n'ont pas l'habitude de ces malades. On se les représente le plus souvent comme incohérents dans leurs actes, leurs paroles, leur attitude, et il est quelquefois difficile de faire admettre qu'un mélancolique simple soit un aliéné, même lorsqu'il a des hallucinations « Il a toute sa tête, il a bonne mémoire, il reconnaît bien tout le monde, » vous dit l'entourage. Quand il s'agit de folie raisonnante ou morale la chose est encore plus difficile à faire admettre : « Il raisonne trop bien pour être fou, » dit-on alors, jusqu'au jour où quelque attentat survenant ou quelque scandale public, on est trop heureux d'invoquer la folie pour lui éviter les conséquences judiciaires de ses actes. Le médecin appelé auprès d'un aliéné a donc en face de lui non seulement l'aliéné mais encore sa famille, ordinairement tarée elle-même, à antécédents vésaniques, dont d'autres membres ont même quelquefois présenté des troubles mentaux, et que l'on risque de blesser en leur donnant comme preuve de folie des symptômes qu'eux-mêmes ont pu éprouver. Les familles vous demandent de venir pour leur dire que leur malade est fou, mais quand vous le leur dites, elles en sont plutôt froissées que peinées. Il faut donc éviter de prononcer le mot de fou, d'aliéné, d'aliénation mentale. Dites : troubles nerveux, psychiques. Ne dites pas le mot exact, mais prononcez-vous aussi catégoriquement que possible sur les conséquences, le pronostic, le traitement nécessaire,

surtout dans les cas où il peut y avoir danger pour le malade ou l'entourage.

Le trait commun qui frappe chez l'aliéné, c'est le changement qui se traduit dans tout son être et qui contraste avec ce qu'il était auparavant. Il jure en quelque sorte par son attitude, son regard, ses façons, avec le milieu dans lequel il se trouve. C'est surtout au point de vue des rapports sociaux qu'il se montre différent de ce qu'il était. Pris isolément l'aliéné n'a souvent rien qui le distingue. Mais sa façon de se comporter dans les différentes circonstances de la vie, la réaction en somme qu'il offre à ses idées délirantes, voilà ce qui le différencie. Il est donc de première nécessité de se renseigner, s'il ne le manifeste pas, sur ce changement dans son caractère et dans ses procédés sociaux.

Ses propos n'ont quelquefois rien de spécial, au moins quand il n'est pas sur la voie de ses idées délirantes, mais une chose cependant le distingue, c'est le trouble dans l'association des idées, tantôt plus lente tantôt plus rapide, et l'invraisemblance, la fausseté de ses raisonnements. Mais l'invraisemblance elle-même n'est pas toujours signe de folie. Au moyen âge on n'était pas regardé comme fou parce qu'on croyait être possédé. Aujourd'hui on l'est. C'est donc surtout le contraste avec l'individu normal de notre époque qui fait juger que le sujet est aliéné.

Le défaut d'explication des assertions formulées n'est pas non plus un signe de folie, quand il s'agit de sentiments, lesquels sont subjectifs. Il ne l'est que lorsqu'il s'agit de faits, lesquels sont objectifs.

C'est ainsi qu'on n'explique pas le sentiment d'antipathie qu'on éprouve pour une personne, alors qu'on doit donner des preuves de ce que l'on avance si on l'accuse de quelque chose.

Les hallucinations sont plus faciles à reconnaître comme une erreur, un trouble intellectuel, et dès lors tout l'échafaudage, si logique qu'il soit, auquel elles servent de base, s'écroule dès qu'on en constate le point de départ. C'est donc plutôt dans l'interprétation des phénomènes, et surtout dans la prédominance d'une unique préoccupation pour régler tous les actes de l'existence qu'il faut voir une manifestation de folie. Dans la vie ordinaire, tout ce qu'on fait n'est pas subordonné à une seule idée. Dans l'aliénation mentale, au contraire, il en est ainsi généralement, ou bien il y a une mobilité extrême des idées, et par suite des actes, qui constitue de l'excitation, de l'agitation. Mais que ce soit l'une ou l'autre réaction, par le fait même qu'elle existe, le sujet est incapable de jouer correctement son rôle dans la société.

Aliéné, du reste, veut dire étymologiquement : isolé. En effet, l'aliéné paraît un être différent des autres, isolé de ses semblables.

D'ailleurs à un cas donné ne correspond jamais un cas identiquement semblable, pas plus que deux caractères ne sont jamais identiques. Or le caractère antérieur des malades a une grande influence sur les manifestations délirantes. C'est donc toujours devant des formes, des expressions, des types spéciaux que l'on se trouve. Il n'y a pas une aliéna-

tion mentale; il y a avant tout des aliénés. Aussi devons-nous chercher, au point de vue pratique, à être aussi simple que possible, et à laisser de côté toutes les classifications plus ou moins ingénieuses des auteurs. Ce qui importe, c'est la connaissance des gros symptômes, de leur groupement le plus fréquent, du pronostic et des indications pratiques que commandent ces symptômes, et enfin de la marche et de l'évolution des principaux types morbides le plus universellement admis.

Habitus extérieur. — Au point de vue de l'aspect général nous avons trois types principaux d'aliénés : des *excités*, des *déprimés* et des individus d'*aspect normal*. Dès qu'on se trouve en présence d'un individu réputé aliéné, il faut, d'un simple coup d'œil, envisager l'ensemble de l'attitude. Une chose frappe immédiatement, c'est la *tenue* du malade. Elle a une grande importance.

Ordinairement elle est négligée ou excentrique : négligée chez les déprimés, excentrique ou en désordre chez les excités. Dans les états mélancoliques la négligence des soins de toilette est un des premiers signes et souvent des plus frappants chez des gens ayant l'habitude de se bien tenir, de même que le retour de ces soins est un signe d'amélioration. Il en est de même chez les déments et les stupides. Mais outre que leur tenue est négligée, que leur coiffure est en désordre, ils sont encore souillés par de la salive ou des taches résultant des aliments qui s'échappent de leur bouche ou qui y sont maladroitement introduits.

Chez les excités la tenue est généralement en désordre, la chemise est ouverte, débraillée, les cheveux mal coiffés ; les vêtements sont déchirés, mis sens dessus dessous. C'est ce qui existe surtout chez les agités maniaques. Chez les excités symptomatiques, comme dans les fous circulaires, les délires de grandeur, les vêtements portent en outre des insignes de décorations, faits avec des morceaux de métal, de verre, des rubans de couleur, etc. Les médailles, les rubans, tous les objets brillants, sont un signe presque certain d'idées de grandeur. Les fous circulaires, les paralytiques généraux, ont du reste la manie de ramasser tous les bouts de papier, de bois, de métal qu'ils rencontrent, et dont ils emplissent leurs poches, leurs tiroirs.

Chez les persécutés à idées de grandeur il en est souvent de même. Mais lorsqu'ils sont à la période de persécution systématique, leur costume est surtout bizarre. Les troubles hallucinatoires frappant surtout leurs organes des sens, et par conséquent la tête, ils cherchent à éviter les mauvaises odeurs, les mauvais goûts que leurs persécuteurs leur envoient, en se couvrant la tête, en se bouchant le nez, les oreilles. Le reste de leur attitude est en général correct, et même quelquefois d'une façon exagérée.

Plus tard, chez des malades confirmés, il faut faire aussi grande attention aux modifications de la tenue, dont le changement coïncide presque toujours avec celui des sentiments, et est la traduction extérieure d'une modification dans la marche de la maladie. C'est ainsi que des aliénés qui passent à la chronicité

commencent à se mal tenir, à cracher sur leurs vêtements, à manger malproprement et à souiller ainsi leurs effets. Ils se déshabillent et se rhabillent de travers.

Les hystériques aiment à se parer de couleurs voyantes, disparates, avec une coquetterie de mauvais goût.

Physionomie et attitude. — Il suffit souvent de jeter un coup d'œil sur la physionomie d'un aliéné pour faire le diagnostic de la catégorie à laquelle il appartient. Plus on est exercé dans l'étude des aliénés et plus cette indication prend d'importance. Chaque genre d'aliénation, pour ainsi dire, a son facies. En examinant le malade avant tout interrogatoire direct, on s'évite souvent des tâtonnements pénibles, des réponses déconcertantes ou qui vous égarent, surtout quand on n'est pas familiarisé avec ce genre de malades.

Il est indispensable de connaître le masque de certains aliénés : tels sont les mélancoliques, les mystiques, les stupides, les déments, les maniaques, les persécutés, les paralytiques généraux, les alcooliques, les épileptiques.

Les *mélancoliques* ont un aspect caractéristique. Tout dans leur attitude, dans leur physionomie, témoigne de leur sentiment d'affaissement, de diminution, d'humilité, d'incapacité physique et morale et de leur résignation. Leurs traits ont une expression douloureuse ; ils sont immobiles, les excitants extérieurs parviennent à peine à les faire changer d'attitude.

Le regard est fixe, voilé, résigné, languissant. Les yeux sont brillants, mais sans larmes. Dans les cas graves le regard est hagard, errant, et fixe seulement par moments; les traits sont contractés, les commissures abaissées ; la nuque est raide.

Dans les cas légers l'aspect du visage est empreint de douceur et de résignation, calme en apparence comme celui de quelqu'un qui se contraint pour faire bonne contenance malgré sa douleur.

Les malades aiment à rester assis silencieusement dans un coin écarté, sans rien faire, les mains sur les genoux, ou les bras croisés à la taille, ou se mangent les ongles d'un air préoccupé, le corps plié en deux, la tête baissée.

Les mouvements sont lents, indécis, ou automatiques et monotones. La voix est basse, hésitante, lente, monotone. Ils ont des soupirs et parfois des explosions de larmes et de sanglots, ou ils poussent des gémissements entrecoupés d'interjections désespérées.

Chez les mélancoliques *anxieux* c'est la même douleur peinte sur le visage, les mêmes gémissements, mais beaucoup plus marqués. Ils vont et viennent en tous sens, s'accrochent à tous ceux qui passent pour leur demander des consolations, et exhaler leur douleur. C'est une anxiété continuelle qui les empêche de tenir en place et les pousse sans cesse à chercher le calme dont ils ont tant besoin. L'angoisse précordiale que ces malades accusent ou témoignent en tenant la main sur leur cœur, l'oppression, a une grande importance pratique. Les sujets qui l'éprou-

vent doivent être surveillés très attentivement, car ils peuvent à l'improviste avoir des accès de fureur mélancolique ou obéir à des impulsions suicides ou homicides.

On pourrait à première vue les prendre pour des excités. Mais s'ils sont agités ils ne sont pas excités. Ils sont au contraire très tristes et l'examen de leur facies suffit à le montrer. Ils ont en effet l'air effrayé (hallucinations), se cachent, repoussent quelquefois toute approche, courent de tous côtés. Ils répètent toute la journée les mêmes phrases monotones au milieu de leurs gémissements, et les mots qu'ils profèrent expriment toujours une idée douloureuse. Ils se frappent par moments la tête contre les murs, ou avec les poings, se frappent la poitrine, se jettent à genoux en vous implorant.

Il faut toujours examiner le cou pour voir s'il n'y a pas quelque sillon témoignant d'une tentative de pendaison, ou de strangulation qu'ils ne veulent pas avouer, et chercher sur les parties accessibles à la vue, crâne, mains, avant-bras, s'il n'existe pas de traces de coups, d'entailles faites dans le même but de suicide.

Les *mystiques* et les *extatiques* se jettent à genoux, se prosternent la face contre terre, ou au contraire restent figés dans une attitude d'extase, les yeux au ciel et passent ainsi des heures entières dans la même attitude. Ce sont de vrais types d'hallucinés soit de la vue, soit de l'ouïe.

L'aspect des *stupides* est caractéristique. Debout ou plus souvent assis, ils restent absolument immo-

biles, insensibles à tout ce qui se dit et se fait autour d'eux dans une attitude demi-fléchie de toutes les articulations, les yeux fixés dans la même direction, les traits contractés ou atones suivant les cas (mélancolie ou paralysie générale), figés par une rigidité généralisée, cataleptiforme dans certains cas. Parfois un brusque mouvement, de terreur le plus souvent, se produit sous l'influence d'une hallucination. Ils s'opposent à tous les mouvements qu'on veut leur faire exécuter.

Les *déments* ont une physionomie inerte, les traits sont flasques, les joues tombantes. Les commissures labiales sont abaissées, la lèvre inférieure tombante, la bouche entr'ouverte, laissant écouler la salive. Le regard est atone, mais mobile, les yeux sont larmoyants. Il y a souvent de la parésie faciale uni ou bilatérale. Le corps est affaissé sur lui-même, et ne présente aucune rigidité. La démarche est traînante, les pieds frottant le sol; elle est difficile, les genoux fléchissant sous le poids du corps. Leur attitude penchée, en demi-flexion, témoigne du reste de la perte des forces, du relâchement musculaire. L'inclinaison de la tête en avant, qui tient au relâchement des muscles du cou, et non pas comme dans les états de stupeur à de la rigidité, est un des premiers indices d'une démence incurable.

Les *maniaques* et les *excités maniaques* ont le facies vultueux ou au contraire très pâle; le regard est animé, brillant, d'une grande mobilité. Ils sont sans cesse en mouvement, parlent d'une façon ininterrompue, passant sans transition ou par ellipses d'un

sujet à un autre. Leurs mouvements, dans les grands états d'agitation, sont désordonnés ; ils se jettent à terre, se roulent, se déshabillent, déchirent leurs vêtements, crient, font des grimaces, des contorsions, rient, pleurent, chantent tour à tour.

S'il y a des mouvements spasmodiques de la face, avec pâleur, cela indique un état grave. Il faut craindre le développement d'un délire aigu (Voy. *États d'excitation*).

Les *persécutés chroniques*, dans la phase de persécution, présentent une physionomie inquiète, soupçonneuse, défiante. Ils ont un coup d'œil rapide, perçant, pour vous dévisager. Leurs lèvres pincées, leurs regards obliques leur donnent un air méchant. Ils se tiennent toujours sur la défensive et, quand vous les examinez, prennent un air rogue, ironique, ou sourient d'un air narquois ; quelquefois ils sont mielleux, mais, pour peu qu'on les pousse, ils ne tardent pas à manifester de l'impatience, de la colère et sont tout prêts à vous faire un mauvais parti.

Dans la phase ambitieuse ils ont une attitude de défi, d'orgueil. Ils portent la tête haute ; le regard est dédaigneux : ils cherchent à en imposer. Leur démarche, leurs gestes sont prétentieux, composés, théâtraux, et jurent avec leur milieu, leur tenue habituelle. Le ton est impérieux et arrogant.

Chez les *paralytiques généraux*, qu'ils soient excités ou déprimés, le facies exprime toujours un affaiblissement psychique. Quoique congestionnés les traits sont flasques, les sillons du visage atténués. Une sorte d'hébétude les immobilise. Ils ont un masque

d'impassibilité qui contraste avec la mobilité de leurs idées, ou l'exagération de leurs sentiments. Le haut du visage, surtout, manifeste cet état. Le regard est vague, qu'il soit ou non mobile. Il est sans expression. Une atonie générale, résultant de l'affaiblissement musculaire, règne sur le visage qui témoigne de leur béatitude, de leur satisfaction niaise. Ils sont incapables de conserver longtemps la même attitude, et lorsqu'ils sont excités ils exagèrent les manifestations de tout ce qu'ils éprouvent. Ils prennent tantôt des attitudes ridiculement majestueuses, tantôt des poses enfantines. Quand ils sont déprimés ils présentent une grande analogie avec les mélancoliques stupides ou les déments simples. On constate en même temps de l'inégalité pupillaire, du tremblement fibrillaire des lèvres, des muscles de la face, du mâchonnement, des mouvements involontaires de la langue, des mouvements de déglutition, du tremblement des mains. A une période avancée il s'y joint du gâtisme dont on constate facilement les traces.

Les *alcooliques* ont un facies qui varie avec la forme délirante qu'affecte leur alcoolisme. Ce qui domine cependant, c'est l'abrutissement. Qu'ils soient agités ou déprimés, un sentiment d'inquiétude, de malaise, se peint sur leur physionomie. Ils n'ont pas, quand ils sont en proie à leurs hallucinations terrifiantes, l'air anxieux des mélancoliques, ni l'air concentré des stupides. Ils semblent agir comme dans un rêve, ne pas se rendre compte de ce qui se passe autour d'eux, et, si on leur parle fortement, si on les secoue

si quelque excitation violente les frappe, ils semblent se réveiller, regardent d'un air ahuri autour d'eux, étonnés de la situation où ils se trouvent. Ils se livrent à des gestes de défense qui témoignent de leurs hallucinations, et que ne présentent guère les mélancoliques les plus anxieux. Ils se jettent brusquement sur quelque chose, saisissent leurs membres, cherchent à attraper quelque chose avec leurs mains, ou frappent du pied comme pour écraser. Ils se reculent épouvantés, les mains en avant, et se retournent brusquement pour jeter une injure ou supplier qu'on les laisse tranquilles. Le facies est vultueux, le nez rouge, les yeux injectés. Un tremblement général, marqué surtout aux mains, les agite.

Les *épileptiques* ont un facies abruti. On remarque des contusions du nez, du front, des dents cassées, les lèvres fendues, résultats des chutes en avant.

La langue présente des traces de morsure. Mais tous ces signes extérieurs ne sont que des présomptions en faveur du mal comitial, auquel ils font songer pour établir la pathogénie des accidents délirants qu'on est appelé à étudier.

Examen physique.

Examen de la tête. — Outre la physionomie, l'examen de la tête permet de relever encore certains autres signes.

La *peau* est souvent bistrée, sèche, écailleuse. Cela existe dans les états de dépression et indique une altération de la nutrition, aussi l'observe-t-on surtout

chez les sitiophobes, chez les mélancoliques graves, les hypochondriaques, les paralytiques généraux. Ces derniers présentent parfois du xanthélasma, ou un masque analogue à celui de la grossesse. Tant que les aliénés n'ont pas recouvré la coloration normale de la peau, on ne peut pas les considérer comme absolument guéris. Cela prouve en effet que les sécrétions ne sont pas bien rétablies et par conséquent que les troubles vaso-moteurs persistent.

Les *cheveux*, qui offrent souvent une canitie précoce, changent de couleur. Les noirs rougissent, deviennent secs et cassants; les blonds pâlissent, dans les cas graves, et tombent facilement.

Les *dents* présentent des anomalies d'implantation, des sillons, des crénelures, qui indiquent des convulsions de l'enfance et en tous cas une dégénérescence physique. Dans l'épilepsie elles se cassent souvent par suite des chutes, et ce signe, joint aux autres marques de contusions, peut mettre sur la voie du diagnostic.

D'une manière générale les aliénés ne sont pas beaux. Il est exceptionnel de rencontrer un beau type, sauf chez les paralytiques généraux et les déments séniles, et encore à l'état de vestige.

Il y a une expression de physionomie, une eurhythmie qu'il faut apprendre à bien connaître, c'est celle des aliénés guéris. Elle est très difficile à rendre, et ne vaut que par le contraste avecl'état de maladie. C'est une expression de bien-être, de calme en même temps que d'animation consciente,intelligente.

Appréciation de l'âge. — L'examen de la physionomie et de l'ensemble vous indique en même temps les conditions approximatives d'âge du sujet, et permet ainsi de penser de suite plutôt à certaines affections qu'à d'autres. Il faut se rappeler toutefois que la folie donne ordinairement un aspect de vieillesse dans les états de dépression, et de jeunesse dans les états d'excitation. On rencontre le plus souvent les formes suivantes, suivant l'âge des malades.

Jeunes sujets de moins de vingt ans :

Délires d'emblée des dégénérés;
Hébéphrénie. Onanisme à forme mélancolique ou hypochondriaque;
Hystérie;
Épilepsie.

Age adulte, de vingt à trente ans :

Mélancolie;
Manie;
Folie circulaire;
Folies toxiques.

De trente à cinquante ans :

Délire de persécution;
Délires spécifiques et toxiques;
Paralysie générale;
Mélancolie;
Hypochondrie.

Age mûr, après cinquante ans :

Démences organiques;
Délires spécifiques.

Signes de dégénérescence. — L'examen de la tête et du crâne permet enfin de reconnaître les nombreux signes de dégénérescence qui peuvent s'y rencontrer, et cela sans même avoir besoin d'examiner de tout près l'aliéné.

Crâne. — Déformations congénitales.

Microcéphalie ;
Hydrocéphalie ;
Asymétrie fronto-faciale :
Plagiocéphalie ;
Acrocéphalie, etc.;

qui indiquent un état dégénératif héréditaire.

On peut y remarquer en outre des traces de :

Traumatismes (prédisposant à la paralysie générale — cérébraux de Lasègue).
Contusions (provenant de chutes comitiales ou de coups volontaires).

Ces signes peuvent être constatés à première vue. Si on veut examiner les choses d'une façon plus précise, on peut faire les *mensurations* des divers diamètres crâniens dont la recherche n'a pas grande utilité pratique. Elles tendent surtout à établir le rapport de la largeur à la longueur de la tête (indice céphalique), son volume (circonférence horizontale totale, courbe fronto-occipitale, et courbe bi-auriculaire), et le développement comparatif des parties postérieure et antérieure (demi-courbes antérieure et postérieure).

Face. — Asymétrie congénitale ou acquise (lésion centrale, paralysie).

Poils rares, mal plantés.

Yeux : de coloration inégale (stigmate irien de Féré).

Inégalité pupillaire,
Myosis (congestion cérébrale),
Mydriase (anémie cérébrale),
Nystagmus.
} indiquant des troubles cérébraux.

Paralysies oculaires,
Ophthalmoplégies,
Strabisme.
} syphilis probable.

Nez : dévié, écrasé, ou tordu.

Bouche : bec de lièvre, gueule de loup, asymétrie paralytique.

Mouvements incessants des lèvres,
Mâchonnement,
Tremblements fibrillaires.
} paralysie générale ou démences.

Menton : prognathisme.

Oreilles : Asymétriques.
Mal ourlées,
Lobule adhérent ou manquant,
Othématomes (paralytiques généraux et maniaques quelquefois).

Un examen plus complet est nécessaire pour les yeux et la bouche.

Yeux : parésies oculaires (syphilitiques le plus souvent), signe d'Argyll Robertson (sert au diagnostic entre la paralysie générale et les pseudo-paralysies générales), signe de Romberg.

Diminution du réflexe pupillaire, Diminution du réflexe d'accommodation.	Paralysie générale surtout.

Amaurose (tumeurs, syphilis).
Amblyopie.
Rétrécissement du champ visuel.
Dischromatopsie.

Langue :

Mouvements fibrillaires (paralysie générale).
Déviation (paralysie hémiplégique, d'origine centrale ou hémispasme hystérique).
Morsures (épilepsie ou accès épileptiformes).
Voile du palais : Asymétrie;
Paralysie;
Bifidité (signe de dégénérescence).

Voûte palatine :

Division congénitale (dégénérescence).
Division acquise (syphilis surtout);
Ogivale étroite, asymétrique.

Dents : Implantation vicieuse.
Dents d'Hutchinson (syphilis héréditaire).
Sillons transversaux (convulsions de l'enfance).
Microdontisme et macrodontisme (dégénérescence).
Chute (diabète ou état généraux diathésiques).
Cassures (convulsions et chutes, surtout épileptiques).

Il n'y a pas lieu d'insister davantage sur les signes de dégénérescence, car ils n'ont pas de valeur absolue pris séparément. C'est seulement par leur réunion en plus ou moins grand nombre qu'ils sont significatifs.

L'examen superficiel nous donne encore des renseignements sur les *troubles vaso-moteurs*, constatables surtout à la face et aux mains.

Les *mains* doivent en outre être examinées à un autre point de vue. Les anxieux, mélancoliques ou hypochondriaques, se rongent fréquemment les ongles jusqu'à la racine. Il en est de même des aliénés chroniques et des déments. C'est donc en général un signe de mauvais augure. On voit souvent survenir des suppurations péri-unguéales, dont le pronostic est mauvais, non seulement pour la maladie mentale, mais encore pour la vitalité de l'organisme.

Nous verrons plus loin le *tremblement* qu'on y peut constater aussi parfois.

Troubles vaso-moteurs. — Voici les principaux :

Congestions céphaliques chez les :
- Mélancoliques, anxieux ou simples (surtout après les repas).
- Excités maniaques.

A mesure que l'amélioration se produit elles disparaissent.

Elles sont très fréquentes aussi chez les paralytiques généraux et les déments, et indiquent dans ce cas des tendances à la congestion cérébrale qu'on

peut éviter jusqu'à un certain point par un régime alimentaire spécial, qui facilite les digestions.

Refroidissement, *coloration bleuâtre* des extrémités : Dans les états mélancoliques, chez les stupides en particulier; mais non dans les démences, ce qui peut constituer un signe différentiel d'une certaine valeur.

Sueurs, souvent profuses : alcooliques aigus, délires aigus, maniaques.

Des troubles vaso-moteurs intenses indiquent toujours une affection aiguë et par conséquent une meilleure tendance à la guérison, sauf quand ces troubles sont de nature congestive et viennent exagérer le mal, comme dans la paralysie générale ou les démences.

Peau. — La peau est sèche, écailleuse ou flasque, terreuse, livide, grisâtre. Quand il y a amélioration, elle reprend sa coloration normale. S'il y a aggravation on observe souvent une transpiration graisseuse, du lanugo de la peau, avec une odeur spéciale.

Respiration. — On peut encore, sans approcher le malade, constater l'état de la respiration. Dans les états d'excitation elle est plus courte, plus rapide, plus fréquente. Dans les états de dépression elle est superficielle, lente, quelquefois imperceptible, d'où un affaiblissement de l'hématose et un ralentissement général de la nutrition.

Enfin si l'aliéné ne se soumet pas à l'examen somatique, ce qui arrive souvent, on est obligé de s'en

tenir là. C'est en tous cas cet examen sommaire qu'on doit faire à première vue, en quelque sorte. Car si l'examen physique est intéressant, il ne saurait donner d'indice précis pour la pathogénie ni même pour le diagnostic exact d'une aliénation. Il n'a pas de valeur pour établir la nature du processus morbide et ses rapports avec les symptômes cliniques de la folie.

Si l'on veut pousser l'examen somatique plus loin on doit le faire après l'examen psychologique, le plus important toujours. Il intervient alors comme adjuvant pour le diagnostic et surtout pour le pronostic.

Le poids du corps n'a de valeur qu'au point de vue pronostique. Dans les états de dépression, il y a diminution pendant la période de développement et augmentation à la convalescence. Dans les états d'excitation, il y a augmentation au début, puis diminution, puis de nouveau augmentation à la convalescence.

Pour que l'augmentation de poids ait de la valeur, il faut que parallèlement il y ait amélioration de l'état mental. Quand on voit, chez les mélancoliques en particulier, le poids augmenter, cela présage l'amélioration mentale. Mais si cette augmentation se fait rapidement, si l'adipose survient, c'est au contraire signe de chronicité.

Pendant les accès maniaques de la folie circulaire il y a diminution de poids, puis relèvement dans les intervalles lucides et les périodes dépressives. C'est le contraire dans la manie et la mélancolie typiques.

Examen des organes génitaux. — Il est très important à faire chez les hommes à cause des anomalies fréquentes qu'ils présentent, et chez les femmes à cause des troubles dont ils peuvent être le siège et qui sont parfois, sinon la cause, au moins l'agent provocateur de l'aliénation.

Chez l'homme :

Hypospadias et épispadias;
Cryptorchidie et monorchidie;
Inégalité testiculaire.
Anomalies du gland, du prépuce (phimosis), de la direction de la verge, etc.

Ces anomalies indiquent une dégénérescence assez grave, dont il faut tenir grand compte alors même qu'on n'en trouverait pas d'autres signes ailleurs.

Chez la femme :

Anomalies moins fréquentes;
Fibromes et tumeurs (origine d'idées hypochondriaques);
Métrite, ulcérations (origine d'illusions de viol et d'idées de persécution);
Lactation (folie de la lactation);
Grossesse (folie puerpérale);
Accouchement récent (folie puerpérale);
Puberté (folie de l'adolescence, hébéphrénie);
Ménopause (mélancolie).

Examen physiologique.

L'examen fonctionnel est quelquefois très difficile à pratiquer en raison de l'état mental du sujet et

son résultat est, en tous cas, souvent sujet à caution, par suite des erreurs nombreuses auxquelles sont exposés les malades, même de bonne foi, dans l'appréciation de phénomènes subjectifs.

Sensibilité. — La sensibilité générale est diminuée ou pervertie dans l'hystérie, la paralysie générale, la mélancolie (surtout stupide), et plus rarement l'hypochondrie.

L'examen des fonctions des *organes des sens* se fait de la même façon que dans les affections nerveuses proprement dites. Il a, à la vérité, peu d'importance, sauf lorsqu'il révèle des troubles de nature hystérique, permettant ainsi de rattacher l'aliénation mentale à un état défini.

Les *réflexes* sont à examiner également, particulièrement les réflexes rotuliens dans le cas de complications médullaires probables, et les réflexes pupillaires qui révèlent par leurs modifications des troubles des centres nerveux.

Fonctions de nutrition. — L'alimentation est importante à surveiller. Quand le malade refuse de manger il faut savoir si c'est par indifférence ou par idée délirante. La sitiophobie est une des plus graves complications de la folie (Voy. *Refus d'alimentation*).

Chez les mélancoliques et les hypochondriaques on observe presque toujours des troubles digestifs : état saburral de la langue, dyspepsie flatulente, constipation ou diarrhée. La constipation doit être énergiquement combattue dans tous les cas.

Il faut surveiller la mastication elle-même chez les

malades édentés, les déments, les paralytiques généraux, qui s'engouent avec leurs aliments, et meurent fréquemment par corps étranger des voies aériennes, ou congestion après les repas.

L'assimilation est profondément altérée chez les déprimés, les déments, les agités. Elle a des variations périodiques chez les aliénés périodiques.

Les troubles digestifs aigus peuvent être le point de départ d'hypochondrie, d'accès d'agitation dans le délire de persécution, d'idées de persécution dans la mélancolie.

Le *gâtisme* peut se montrer par le fait de l'aboulie, comme chez certains mélancoliques stupides, ou par relâchement des sphincters, comme chez les déments de tout ordre, ou par inconscience, comme chez les agités.

Appareil circulatoire. — Le cœur est à surveiller chez les déments, les mélancoliques, surtout dans la stupeur, l'hypochondrie, la paralysie générale, où il est ordinairement ralenti. Il est au contraire accéléré dans les états d'excitation, et peut alors s'hypertrophier du côté gauche.

D'une façon générale, l'effet utile du travail cardiaque est diminué dans la folie.

Appareil respiratoire. — La folie et la tuberculose sont fréquemment associées, et il en résulte une aggravation réciproque des deux états.

La respiration de Cheyne-Stokes s'observe quelquefois, dans la folie puerpérale en particulier, et tient alors à l'urémie.

Il faut distinguer aussi le délire aigu du délire de la pneumonie. Le seul fait de l'existence de cette dernière suffit à mettre sur la voie du diagnostic.

Sécrétions. — Elles sont, par les vaso-moteurs, sous la dépendance immédiate du système nerveux, et importantes à ce titre.

On observe le *ptyalisme* et la *sialorrhée* : 1° chez les idiots, les déments, les paralytiques généraux, et dans les états de stupeur; 2° chez les persécutés sitiophobes qui se croient empoisonnés et rejettent volontairement leur salive qui contient le poison ; 3° dans les états d'excitation.

La *sputation*, ou crachottement, est un indice de chronicité.

La *sueur* a une odeur spéciale chez certains aliénés, tels que mélancoliques, hypochondriaques, paralytiques généraux, maniaques, odeur dont la disparition annonce la guérison.

Fonctions génito-urinaires. — L'*urine* est augmentée dans les états d'excitation, diminuée de quantité dans les états de dépression. Les mictions nocturnes, ou involontaires et inconscientes après des crises convulsives, sont le plus souvent symptomatiques d'épilepsie.

Les *troubles sexuel* sont fréquents chez l'homme.

Il y a exagération du pouvoir génésique, allant quelquefois jusqu'au *satyriasis*, dans les états d'excitations symptomatiques de manie, de paralysie générale, de folie circulaire.

La *spermatorrhée* est fréquemment l'origine de l'hypochondrie, de la neurasthénie, de la folie de l'adolescence, de certaines idées de persécution, de la démonomanie. Il y a *impuissance* dans les états dépressifs, mélancolie, démences, et dans les affections médullaires qui compliquent quelquefois l'aliénation mentale.

Il y a, de même, exagération des désirs vénériens chez la femme dans les états d'excitation, et en particulier dans la manie puerpérale, tandis qu'ils sont abolis dans les états dépressifs.

La *menstruation* doit toujours être examinée avec soin. Elle se supprime ordinairement dans la période d'augment de la maladie. Son retour doit être considéré comme favorable, non pas comme un phénomène critique, mais comme un indice du rétablissement des fonctions générales.

L'époque menstruelle agit quelquefois favorablement sur les folies chroniques, mais dans les formes aiguës, il y a plutôt aggravation des phénomènes à ce moment. La ménopause influe sur le développement des psychoses plutôt que sur leur curabilité, contrairement à ce qu'on croit généralement. On doit noter les époques menstruelles avec soin, au point de vue de leur durée, de leur abondance, des douleurs et autres phénomènes qui les accompagnent. Il existe en effet chez la femme une relation étroite entre les fonctions génitales et les fonctions nerveuses.

On doit enfin rechercher les anomalies dans le *sens génésique* telles que onanisme, si fréquent chez

les jeunes sujets, clitorisme, pédérastie, sadisme, tribadisme, bestialité, etc., etc.

Chez les hallucinées et les hystériques il est prudent de ne pratiquer l'examen des organes génitaux qu'en présence d'un tiers.

Lésions trophiques. — Les plus fréquentes sont les othématômes, chez les paralytiques généraux; les eschares sacrées, chez les paralytiques généraux et les déments; les fractures spontanées enfin, qui sont plus rares

Sommeil. — Les troubles du sommeil sont des plus importants à considérer. Ils constituent un des premiers, des plus sûrs et des plus constants phénomènes morbides dans le début de la folie et dans les formes aiguës.

Le manque absolu et prolongé de sommeil indique une profonde désorganisation dans le fonctionnement cérébral. Le retour du sommeil est, au contraire, un signe pronostique favorable, sauf dans le cas où il n'apparaît pas en même temps d'amélioration dans l'état mental. Dans les formes chroniques, l'insomnie est rare, sauf lorsqu'il y a des hallucinations nombreuses. Elle est très rare dans les démences.

Il faut aussi noter si le sommeil est calme ou agité, si le malade parle ou crie en dormant, s'il a des soubresauts, des terreurs. Il est également utile de se renseigner sur les *rêves* et les *cauchemars*, qui ont une importance sur l'évolution du délire, et qui, lorsque le délire est presque passé, en conser-

vent encore l'empreinte. Aussi certains malades, les mélancoliques en particulier, sont-ils toujours plus mal le matin que le soir, par le fait de leur influence.

A propos des rêves nous ne dirons qu'un mot des cauchemars spéciaux des alcooliques. Ce sont des rêves professionnels ou bien des cauchemars dans lesquels ils se voient tomber dans des précipices, entourés de flammes, et surtout la proie d'animaux divers, fantastiques ou non. Leurs rêves, en somme, ne diffèrent pas de leur délire et en sont en quelque sorte le prélude.

Faut-il ou non *régulariser le sommeil* et le provoquer par des hypnotiques? Les uns disent oui, les autres non. Pour ma part, je crois que oui, en choisissant, bien entendu, des médicaments en rapport avec l'état des vaso-moteurs. Il faut, d'autre part, ne pas troubler les fonctions digestives et tenir compte de l'état du cœur, et se méfier de l'accoutumance.

L'emploi de l'électricité statique, et surtout des courants continus transcérébraux, pour obtenir le sommeil, réalise, quand il réussit, la méthode de choix.

Dans les maladies mentales, le sommeil est indispensable pour obtenir la guérison : les exercices au grand air, la régularité dans les heures du lever et du coucher, la tranquillité et le silence le plus complets possibles, sont des conditions qui le facilitent singulièrement. L'ingestion d'une petite quantité d'aliments, d'un liquide légèrement stimulant avant de se coucher, ou au milieu de la nuit si les

malades se réveillent, suffit souvent à le provoquer. Il faut veiller aussi à ce qu'ils aient chaud aux pieds, car le froid suffit souvent pour empêcher le sommeil : des boules d'eau chaude, des bains de pieds sinapisés sont indiqués dans ce cas.

Nous avons négligé à dessein deux troubles importants, et qui méritent une étude à part : c'est le *tremblement* et les *convulsions*.

TREMBLEMENT.

Le tremblement chez les aliénés ne tient guère qu'à deux causes : la paralysie générale ou l'alcoolisme. Il va sans dire qu'on peut observer chez les aliénés toutes les autres espèces de tremblements, mais ils n'ont plus la même importance que dans les cas précédents où ils constituent un des symptômes, et non des moins importants, de la maladie mentale.

Paralysie générale. — Le tremblement est surtout fibrillaire. Il se fait principalement sentir dans les muscles de la face, les lèvres, la langue. Les lèvres sont sans cesse animées de légers mouvements ; les muscles du menton présentent des contractions fibrillaires. Ces tremblements fibrillaires se manifestent de plus en plus, à mesure que le sujet se fatigue. Mais à une certaine période ils se montrent même au repos.

Le tremblement existe aussi dans les membres, particulièrement dans les mains. C'est un tremblement à petites oscillations très rapides. Il tient à un

trouble surtout paralytique et non spasmodique. On le constate dès le début de la maladie, et il se traduit par de la maladresse, dans les choses délicates d'abord, puis dans les choses les plus simples.

L'écriture est de bonne heure modifiée : elle devient irrégulière et finement tremblée. Aussi est-il indiqué de toujours faire écrire les paralytiques généraux dès qu'on a des doutes sur le diagnostic. Car outre ces caractères objectifs il y a encore les troubles de l'orthographe, les lapsus, qui sont très caractéristiques chez des gens cultivés surtout.

Le tremblement de la parole, si spécial aux paralytiques généraux, cet achoppement syllabique, cette hésitation particulière, qui en est un signe presque pathognomonique, sera étudié plus loin. (Voy. *Troubles de la parole.*)

Alcoolisme. — Le tremblement est un des principaux symptômes de l'alcoolisme chronique ou aigu. Il se manifeste surtout dans les mains, où il est d'ailleurs le plus facile à constater. Il suffit de les faire étendre, les doigts écartés, le bras tendu, pour le mettre en évidence d'une façon très nette.

Dans les cas d'alcoolisme suraigu, de delirium tremens, on a un tremblement généralisé.

Le tremblement alcoolique est à plus grandes oscillations que le tremblement de la paralysie générale, quoique vibratoire comme lui. C'est surtout la localisation prédominante aux membres qui le différencie de lui.

L'écriture est également tremblée ; elle l'est même davantage ; les lettres sont beaucoup plus grossière-

ment tremblées et plus irrégulières. Il y a de l'hésitation avant de commencer les mots. Ici les phénomènes spasmodiques l'emportent sur les phénomènes paralytiques. Il n'y a pas de lapsus, de fautes d'orthographe comme chez les paralytiques.

Le diagnostic peut être très difficile quand, au début de la paralysie générale, comme cela arrive souvent, l'individu s'est livré à l'alcoolisme.

Démence. — Les déments ont aussi du tremblement. Mais ce n'est pas un tremblement continu. C'est plutôt, d'ailleurs, de l'hésitation dans les mouvements, une sorte d'incoordination, que du vrai tremblement. Ils peuvent — mais c'est rare — présenter du tremblement sénile. En ce cas la tête participe seule au tremblement.

Sclérose en plaques. — Le tremblement de la sclérose en plaques n'est pas en général difficile à distinguer de celui de la paralysie générale. Mais quand il est peu marqué, et que les troubles de la parole ne sont pas très nets, qu'il se joint des troubles psychiques de nature démentielle, on peut quelquefois hésiter entre la sclérose et la démence paralytique.

CONVULSIONS.

Les convulsions qu'on peut observer chez les aliénés sont de trois ordres :

1° *Hystériques ;*

2° *Épileptiques ;*

3° *Épileptiformes :* Paralysie générale, syphilis, alcoolisme, tumeurs cérébrales, urémie dans la folie puerpérale.

1° **Attaques hystériques.** — Elles sont composées, quand elles sont complètes, de quatre périodes : 1° Phase *tonique épileptoïde*, reproduisant à s'y méprendre l'accès comitial, avec lequel on pourrait la confondre si, comme cela arrive quelquefois, elle s'en tenait là. Néanmoins il n'y a ni morsure de la langue, ni émission d'urine, de matières fécales ou de sperme, comme dans l'épilepsie vraie. 2° Mais le plus souvent la deuxième phase survient, phase *clonique* ou des *grands mouvements*, dans laquelle le malade fait des contorsions de tous les membres, dont la plus caractéristique est l'arc de cercle, qui suffit presque à lui seul à faire porter le diagnostic d'hystérie. 3° Phase des *attitudes passionnelles*, dans laquelle le sujet prend des poses, fait des gestes en rapport avec des hallucinations diverses, tantôt tristes, tantôt gaies. 4° Phase de *délire*, dans laquelle le malade raconte ordinairement des événements auxquels il a assisté et qui l'ont particulièrement impressionné. Ce délire peut se prolonger et constituer un véritable accès de folie hystérique.

2° **Accès épileptiques.** — Le début a lieu le plus souvent par un cri rauque. Il est quelquefois précédé d'une *aura* sensitive, motrice ou psychique, mais qui ne laisse jamais le temps au malade de prévenir de son accès et de choisir sa place pour tomber comme fait l'hystérique. Il tombe brusquement où il se trouve, et pâlit en même temps. L'accès comprend *trois périodes* : tonique, clonique et de résolution.

La *période tonique* est caractérisée par une contraction des muscles du cou et de la face ; les mâchoires sont serrées, de sorte que la langue est le plus souvent mordue; une écume sanguinolente s'écoule par les commissures, la face est congestionnée, bleuâtre quelquefois ; les pupilles sont dilatées et insensibles ; les membres sont raidis dans l'extension, les poings fermés, le pouce en dedans.

Dans la *période clonique* la tête s'agite de gauche à droite, les mâchoires se desserrent; il y a du mâchonnement ; les membres se fléchissent et s'étendent alternativement; la circulation est très gênée, la respiration difficile, et il y a souvent des hémorrhagies des muqueuses. Le malade urine involontairement; il y a même quelquefois émission de matières fécales ou de sperme.

La troisième *période*, de *stertor* ou de *résolution*, est marquée par une respiration bruyante, avec rejet de mucosités, et le malade tombe dans la résolution, dans la prostration, ou il se livre souvent à des mouvements automatiques (se boutonnant et se déboutonnant, ôtant ses vêtements, changeant des objets de place, etc.), puis il s'endort profondément en général pendant une heure ou deux. Au réveil il a tout oublié — symptôme capital — et a le plus souvent mal à la tête. En raison de la brusquerie de la chute il arrive très fréquemment des traumatismes graves. Tantôt ils tombent sur l'angle d'un meuble, tantôt dans le feu, tantôt à travers un vitrage, etc. Ils tombent presque toujours

en avant, aussi leur face présente-t-elle toujours des traces de blessures et de contusions.

3° **Attaques épileptiformes.** — Ce sont elles qu'on rencontre le plus souvent chez les aliénés, et dont la valeur, au point de vue diagnostique, est la plus grande.

Quand elles se montrent d'une façon inattendue chez un sujet dont l'état intellectuel s'affaiblit depuis quelque temps, on doit penser soit à la *syphilis cérébrale*, soit à la *paralysie générale* (Voy. *Diagnostic de la paralysie générale*), et en tout cas mettre immédiatement le malade au traitement spécifique. Au point de vue du diagnostic, l'accès épileptiforme se manifeste plus fréquemment sous forme d'épilepsie partielle avec conscience chez le syphilitique que chez le paralytique, où l'accès revêt au contraire ordinairement l'aspect d'un véritable accès épileptique.

Plus tard ces accès épileptiformes sont fréquents dans la paralysie générale, dont elles ne constituent plus un élément de diagnostic, mais de pronostic.

Des attaques épileptiformes peuvent se montrer aussi au cours de l'*alcoolisme*, attaques qui se généralisent, s'accompagnent de perte de connaissance et d'amnésie consécutive. L'aphasie et l'hémiplégie permanentes sont souvent le conséquence de ces attaques. D'une façon presque absolue elles révèlent non seulement l'alcoolisme, qu'on reconnaît à ses autres symptômes habituels, mais l'absinthisme, qui en est une forme beaucoup plus grave.

Les *tumeurs cérébrales* donnent lieu, comme la syphilis cérébrale, à des accès épileptiformes, tantôt

conscients, tantôt accompagnés de perte de connaissance. On n'a à hésiter qu'entre une démence paralytique, la syphilis cérébrale ou une tumeur néoplasique. Cette dernière s'accompagne, en outre, de troubles spéciaux, céphalées, troubles visuels, etc., et sa progression est lente.

L'*urémie* enfin amène des accès épileptiformes. Or il est une forme où elle peut se montrer d'une façon toute particulière, c'est dans la folie puerpérale, la manie surtout. Aussi doit-on toujours faire soigneusement l'examen des urines. L'accès épileptiforme dans ce cas n'est autre chose qu'une attaque éclamptique.

On a signalé aussi une *folie brightique*. Mais il n'est pas démontré qu'il s'agisse là d'une forme spéciale au point de vue mental. Il est vraisemblable que l'existence de l'albuminurie, atteignant les centres nerveux, ajoute simplement quelques caractères particuliers à la folie, ou la provoque chez des sujets prédisposés. Dès lors la présence d'accès épileptiformes n'a plus aucune valeur au point de vue du diagnostic et du pronostic de l'aliénation mentale elle-même, et est du ressort de la pathologie générale ordinaire.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Le procédé d'examen est un peu différent, suivant qu'on se trouve en présence de l'aliéné sans aucun renseignement sur son état antérieur, comme dans les asiles le plus souvent, ou qu'au contraire, comme en ville, on peut, avant d'examiner le malade, se renseigner sur ses antécédents héréditaires et personnels et sur les conditions dans lesquelles s'est développée l'aliénation. On peut obtenir des renseignements à cet égard de certains aliénés, mais c'est le petit nombre. Il faut en tous cas, chaque fois qu'on le peut, chercher à les obtenir. La moindre indication peut, dans certains cas, jeter un jour tout particulier sur le diagnostic et le pronostic de l'affection. Tel est par exemple l'aveu de syphilis ancienne ou d'une affection nerveuse, hystérie ou épilepsie, ou d'un accès d'aliénation antérieur, etc.

Prodromes et origines de la psychopathie. — Les premières questions à poser à la famille sont relatives au mode de début de la maladie mentale. Les symptômes prodromiques de la folie sont utiles à connaître, car si on se trouve amené à les constater dans une famille on peut faire prendre rapidement

les mesures nécessaires pour enrayer, si possible, le cours de l'affection. Malheureusement il arrive ordinairement que l'entourage ne pouvant y croire et ne comprenant pas l'importance du symptôme qu'on lui signale, se refuse à appliquer ces mesures préventives. En tous cas la responsabilité du médecin est sauvegardée. D'autre part il faut être circonspect et ne pas aller affirmer d'emblée qu'un individu va devenir aliéné si on n'intervient pas de suite énergiquement. Car il se peut que l'on se trompe, ou que le symptôme s'efface spontanément et on passe alors pour un pessimiste, un alarmiste et on n'est pas loin de chercher quel intérêt vous pouvez y avoir. A demi mot, laissez apercevoir vos craintes d'une manière aussi vague que le symptôme lui-même et faites, sous un prétexte quelconque, prendre les précautions qui vous paraissent le plus utiles.

Voici par exemple une jeune accouchée dont vous connaissez les antécédents nerveux personnels, et les antécédents vésaniques héréditaires. Vous la voyez un peu exaltée, loquace, instable dans ses idées. Il se peut que les choses en restent là, et que la manie puerpérale ne se déclare pas. Recommandez néanmoins le repos absolu, supprimez-lui des visites qui l'excitent, surveillez son sommeil, mettez auprès d'elle quelqu'un de calme, examinez ses urines (albumine), surveillez ses garde-robes, et, en un mot, sans rien dire à la famille de précis, laissez comprendre que cet état n'est pas normal et pourrait devenir plus sérieux, et que ce que vous prescrivez doit être exécuté scrupuleusement.

Voici un autre cas : une femme à caractère impressionnable, d'une sentimentalité un peu exagérée, après avoir soigné avec un zèle excessif quelque personne qui lui est chère, surmenée, épuisée, perd son malade. Elle ne peut pleurer, reste hébétée comme si elle ne comprenait pas ce qui lui arrive, va et vient à ses occupations comme un automate. Elle est triste, renfermée, ne parlant jamais de son chagrin, mangeant peu, dormant mal, négligeant sa tenue. Il faut craindre la mélancolie ou le suicide. Un déplacement chez des amis ou des parents menant une vie tranquille quoique active, à la campagne, où rien ne lui rappelle, même par contraste, son chagrin, est ce qui peut le mieux éviter l'éclosion du mal.

La folie étant avant tout un trouble du moral qui entraîne à sa suite des réactions motrices spéciales, des désordres d'idéation, et un affaiblissement ou même une suspension de l'intelligence et de la volonté, la première manifestation de la folie est un *changement dans le caractère.*

Le sujet devient irritable, impressionnable. Il n'est plus le même dans ses rapports sociaux ; ses sentiments affectifs sont modifiés. Ce changement de caractère passe souvent inaperçu sur le moment, ou est attribué à des causes accidentelles ou banales. Ce n'est qu'après coup, lorsque la maladie est déclarée, que l'entourage du malade s'explique bien des choses et les interprète dans leur véritable sens.

La physionomie témoigne d'un état d'agacement, d'inquiétude, d'irascibilité. Le sujet est triste sans motif, ou se met en peine pour le plus futile. Au début

de presque toutes les vésanies il y a de la tristesse.

Une première période emprunte son caractère à l'action des causes. Ce n'est pas encore la maladie, mais c'en est le point de départ. Dans la seconde phase le malade se sent changer sans pouvoir nettement expliquer ce qui se passe en lui. Fréquemment il observe que ses idées lui échappent, et il craint de devenir fou. Puis il perd l'appréciation de son propre état moral et alors c'est la maladie confirmée.

Les prodromes sont un peu différents suivant les formes psychopathiques, suivant qu'il y a dépression ou excitation.

Dans les états de dépression, il y a de la douleur psychique, une dépression du sens intime de la personnalité. Il y a une émotivité anormale, une irritabilité extraordinaire suivie rapidement d'une dépression exagérée; en même temps il se produit un affaiblissement de la volonté, un manque d'énergie, et de l'inquiétude qui en est la résultante. Le sujet a du *tædium vitæ*, du désespoir sans motif, et se livre quelquefois à des actes impulsifs.

Dans les états d'excitation, la condition générale de l'esprit est expansive. Le sens intime de la personnalité est exagéré et quelquefois perverti. Il y a en même temps perte des sentiments sociaux. Les perceptions sont exagérées; le sujet est gai, loquace, se sent heureux de vivre, envisage tout sous un aspect satisfaisant. Il n'a plus le sens du juste milieu, de la mesure dans les manifestations de ses impressions et de ses sensations.

Dans les délires systématisés il n'y a pas de pro-

drômes à proprement parler, mais une exagération du caractère et des tendances naturelles. Le sentiment de la personnalité s'exagère d'une façon toute spéciale.

Dans les démences, c'est l'affaiblissement de la mémoire qui est le signe révélateur le plus précoce, puis il y a difficulté dans l'association des idées, affaiblissement des sentiments affectifs.

Causes. — La recherche des causes doit être faite ensuite. Il en est de trois ordres : prédisposantes, physiques et psychiques.

Les *causes prédisposantes* se trouvent dans l'hérédité, la constitution névropathique et l'éducation.

Les *causes physiques* sont : les affections cérébrales antérieures (méningite, convulsions de l'enfance), traumatismes, névroses, hystérie, épilepsie, maladie de Basedow, maladies aiguës ou chroniques, excès sexuels, grossesse, puerpéralité, allaitement, intoxications, puberté, ménopause, etc. ;

Les *causes psychiques* ou morales sont les plus importantes : les émotions, les chagrins continus, les soucis, les pertes d'agents, les deuils, etc., en sont souvent le point de départ, mais non la cause réelle.

Parmi ces causes il en est une qu'on invoque souvent, c'est le *surmenage*, dont nous voulons dire quelques mots à cause de l'abus qu'on en fait aujourd'hui. Le surmenage est comme l'anémie; on lui impute beaucoup plus de méfaits qu'il ne mérite. Le surmenage intellectuel n'existe pas à notre avis, ou, s'il existe, il n'est pas à lui seul capable de créer

l'aliénation mentale. Ce qui éxiste c'est le surmenage moral qui l'accompagne presque toujours. Voici un homme qui, par pur amour de la science, fait des recherches fatigantes sans autre but que sa propre satisfaction. Il peut travailler dix et douze heures, plus même, par jour sans se surmener. Qu'il se livre au même travail en vue d'examens, de concours, ou pour gagner sa vie qui en dépend, et il se surmènera. Pourquoi? C'est que dans ce dernier cas l'intelli-telligence ne travaille plus seule ; il s'y joint continuellement la préoccupation morale de réussir, d'arriver à temps ; l'amour-propre est mis en jeu. Ce qui épuise ce n'est pas le travail intellectuel, c'est le souci moral. Ce qui soutient alors le travailleur, ce n'est pas l'amour du travail qu'il fait, c'est l'amour du but où ce travail doit le mener. Ce qui l'abat, ce n'est pas la difficulté du travail à vaincre, c'est la crainte de manquer son but s'il ne la surmonte pas, c'est de se sentir amoindri à ses propres yeux et aux yeux des autres s'il n'atteint pas son but. Il n'y a guère plus de surmenage physique que de surmenage intellectuel. Lorsque les cellules cérébrales ont donné ce qu'elles pouvaient donner, elles se reposent forcément, et les muscles refusent de fonctionner, à moins qu'un excitant moral ne les tienne en éveil. L'homme d'ailleurs qui est obligé de se surmener pour arriver à satisfaire ses désirs est un individu déséquilibré, puisque ses appétits ne sont pas proportionnés à sa puissance réelle. Il est donc fatal que cette déséquilibration se traduise un jour ou l'autre d'une façon quelconque.

Anamnèse. — Les causes occasionnelles (physiques et morales) étant connues, il faut remonter plus haut et rechercher les causes prédisposantes, les seules réelles.

Dans l'interrogatoire anamnestique des parents il faut éviter de froisser l'amour-propre de la famille, simuler l'indifférence, gagner sa confiance, recueillis ses renseignements de-ci de-là, comme par occasion et sans idée préconçue apparente, en évitant de prononcer les mots de folie, d'épilepsie, d'idiotie, et se servir de préférence des termes de : bizarre, original, faible d'esprit, dérangement de tête, etc., qui sont atténuatifs.

L'*hérédité* n'est pas seulement un facteur des maladies mentales. Elle influe encore sur leur forme, leur marche, et leur issue. Les formes héréditaires s'accompagnent ordinairement de débilité mentale, ou de déséquilibre psychique, ou d'irritabilité du système nerveux; elles se développent rapidement, récidivent fréquemment, et sont très rebelles à la guérison radicale. Elles peuvent rester longtemps latentes en se présentant comme de simples désordres du sentiment et du caractère, sans lésion de l'intelligence.

La recherche ne doit pas se limiter aux maladies mentales seules, mais à toutes les affections du système nerveux (hystérie, épilepsie, somnambulisme spontané, ramollissement cérébral, etc.), au suicide, à l'alcoolisme, à la morphinomanie, à toutes les anomalies (surdi-mutité, cécité congénitale, difformités congénitales, etc.), à la prostitution, au vice, au crime.

La différence d'âge des parents, leur consanguinité, la légitimité ou l'illégitimité de la naissance, sont de moindre importance, quoique méritant d'être relevées.

La recherche doit s'étendre non seulement au père et à la mère, mais aux grands-parents, et aux oncles, tantes et cousins des deux côtés. L'influence héréditaire, pour se manifester d'une façon plus évidente chez les collatéraux, n'en existe pas moins chez les ascendants directs, chez qui, du reste, elle peut se manifester postérieurement aux descendants.

Les conditions de milieu, d'existence, de culture générale de la famille, sont à prendre en considération.

Le grand point à établir, en somme, est l'hérédité, ce sont les *antécédents héréditaires*.

Une fois l'anamnèse de la famille connue, il faut rechercher les *antécédents personnels* du sujet.

Le sexe et l'âge étant connus, on doit se renseigner sur l'état civil (célibat, mariage, concubinage, veuvage), sur le degré d'instruction, la profession.

Les antécédents personnels sont de deux ordres : physiques et psychiques.

Dans les antécédents physiques on doit insister tout particulièrement sur les maladies nerveuses de l'enfance (convulsions, chorée, somnambulisme, terreurs nocturnes), puis sur celles de l'âge adulte (hystérie, épilepsie) ; sur les maladies infectieuses ou constitutionnelles (fièvre typhoïde, rhumatisme, etc.); sur les intoxications (alcool, morphine); sur les affections vénériennes et les fonctions sexuelles.

Les antécédents psychiques doivent remonter à la vie intra-utérine. Les émotions de la mère, les mauvaises conditions de la grossesse et de l'accouchement ont souvent une influence très marquée sur le développement du tempérament nerveux (enfants du Siège par exemple). Il faut insister sur le caractère, les tendances (expansives ou concentrées, égoïstes ou altruistes), les instincts. La façon dont le sujet s'est comporté à l'école, au régiment si c'est un homme, indique souvent, mieux que tout ce qu'on pourrait dire, son équilibre intellectuel et surtout moral. Il faut s'enquérir de la manière dont il a traversé l'époque de la puberté, la première communion chez les filles, s'il n'y a pas manifesté déjà des troubles psychiques.

Enfin il faut savoir depuis combien de temps le trouble mental s'est déclaré, si c'est un premier accès, une rechute, une récidive, s'il a déjà présenté des rémissions; ou s'il est intermittent et périodique.

Conduite en présence des aliénés. — Ceci posé, et muni de ces renseignements plus ou moins complets, il s'agit d'interroger l'aliéné. Nous avons vu l'importance du premier coup d'œil jeté sur l'habitus extérieur, l'attitude, le facies du malade. On gagne toujours à ne pas se hâter dans l'interrogatoire.

La moindre parole, le moindre geste peuvent servir de point de départ à la conversation, et vous permettre d'entrer d'emblée dans l'examen psychologique. Il est deux choses à considérer dans cet examen : 1° le délire, qui est la partie la plus im-

portante ; 2° l'état des facultés et des sentiments indépendamment du délire.

Le point capital, indispensable, est de gagner la confiance du malade, faute de quoi tout interrogatoire est impossible ou incomplet. Il ne faut jamais brusquer les aliénés. On doit les aborder d'une façon très douce, conciliante, consolatrice, suivant les cas, s'associer à leur délire, leur montrer par des signes d'assentiment et d'encouragement qu'on les comprend, qu'on prend part à ce qu'ils ressentent. Quand on veut obtenir des éclaircissements sur un mot, une idée qu'ils viennent d'exprimer, il faut ne pas laisser percer de curiosité ou de doute sur leur valeur, et les demander d'un air presque indifférent.

Autant que possible il faut partir de leur idée, mais quelquefois il est bon de leur demander en face s'ils n'éprouvent pas tel ou tel phénomène que vous savez devoir exister presque sûrement. Chez les persécutés, par exemple, vous pouvez hardiment demander si on ne se moque pas d'eux dans la rue, si la nuit on ne les empêche pas de dormir, etc. Les mélancoliques se livrent assez facilement à ceux qui leur demandent de leur confier leur peines. Il faut admettre de suite leur idée. « Vous dites que vous êtes coupable... de quoi ? » On les encourage à tout dire, car, tout en vous répondant « A quoi bon ? » c'est un soulagement pour eux que de confier leurs souffrances.

Quand les aliénés parlent, il faut autant que possible les laisser parler, en notant au passage les points sur lesquels on veut obtenir des détails

et qui ouvrent de nouveaux horizons sur le délire. Tout en parlant on continue à les examiner au point de vue physique et on constate les troubles que peut présenter la parole.

Avec les agités on est obligé quelquefois d'attirer fortement leur attention en parlant sur un ton impératif, élevé. Il en est de même chez les délirants alcooliques.

Chaque fois qu'on le peut, on doit chercher à se procurer des écrits de l'aliéné. Il les porte du reste souvent à la main ou en a ses poches bourrées d'une façon visible. Ces écrits révèlent souvent des coins du délire qui resteraient ignorés sans cela.

Un point important à établir, c'est de savoir si le malade a ou non conscience de son état maladif. On ne doit l'éclaircir qu'avec beaucoup de circonspection.

On doit toujours se tenir très correctement vis-vis des aliénés, opposer le plus grand calme à leurs menaces et à leurs injures, et leur parler toujours dans un langage très mesuré. Il ne faut manifester ses impressions par aucun geste, aucun jeu de physionomie, aucune parole qui puisse leur laisser croire que vous doutiez de leurs assertions. Avec certains malades, comme les persécutés, la famille vous demande souvent de jouer un rôle d'emprunt. C'est un jeu très dangereux, car il vous expose au ridicule si, comme cela arrive ordinairement, le malade s'aperçoit de la ruse et se plaît à vous fourvoyer. Il faut se souvenir que, même complètement aliénés, les malades conservent au fond

d'eux-mêmes un vague sentiment de leur état maladif, et ne sont pas outre mesure étonnés qu'un médecin s'occupe de choses qui, pour toute autre personne, sembleraient absolument en dehors de sa compétence. Il vaut donc toujours mieux les aborder en médecin, et ne se livrer à aucune comédie, qui n'est ni digne ni utile.

Nous verrons plus loin comment se comporter lorsqu'on se trouve en présence d'aliénés qui restent complètement muets (Voy. *Mutisme*).

Mais il ne suffit pas de reconnaître le délire et sa nature, il faut encore constater sur quel fond il évolue et examiner l'état des facultés et des sentiments.

Tout en les interrogeant on peut déjà noter au passage l'état général de leur intelligence et de leur jugement, constater les défauts de l'association des idées, la puissance de leur attention.

La mémoire nécessite un examen un peu particulier. Il faut voir d'abord les souvenirs des faits récents, puis des faits anciens. On leur demande en quelle année, quel mois, quel jour on est; la date de leur naissance, des principaux événements de leur vie; leur adresse; depuis combien de jours tel fait s'est passé.

En demandant certaines explications au malade on a un exposé sommaire de son état intellectuel. Il suffit de le faire répondre aux quatre questions: pourquoi? comment? depuis quand? (ou bien où?) et enfin combien? Pourquoi, sert à mesurer le degré d'intelligence; comment, fait apprécier le juge-

ment et le raisonnement; depuis quand et où, s'adressent à la mémoire; combien, s'adresse au calcul, c'est-à-dire au pouvoir d'abstraction.

L'état de la volonté est apprécié par l'attention spontanée et surtout volontaire du malade. On peut s'en rendre compte, d'abord par la façon dont il vous écoute et répond à vos questions, et ensuite en lui faisant exécuter certains actes au commandement, lorsqu'il y a doute sur sa capacité de le faire : « Levez-vous, asseyez-vous, venez ici ; donnez-moi la main, montrez la langue, etc. » Elle peut être normale, diminuée ou instable.

L'état de la conscience est apprécié par la façon dont le malade réagit aux émotions, dont il reconnaît son entourage, dont il parle de lui-même.

L'état des sentiments affectifs est très important à connaître, car, au point de vue de l'intensité de la maladie, il en est le meilleur critérium. Le souci que le malade prend de ses proches parents, de ses enfants, est facile à constater ainsi que les sentiments qu'il témoigne à leur endroit, sentiments d'indifférence, de haine, ou au contraire exaltés et mobiles.

L'humeur du sujet et l'état de son sens moral doivent être également recherchés.

Enfin le sentiment de la personnalité est à rechercher, en particulier le dédoublement qui existe chez les mélancoliques principalement, et les erreurs sur leur propre personne qui sont si fréquentes chez les persécutés.

Comme corollaire de cet examen psychologique il est indispensable de constater les erreurs des sens

et de la sensibilité générale, c'est-à-dire les illusions et les hallucinations, que le malade avoue parfois involontairement en y faisant allusion quand on l'interroge, ou qu'il manifeste d'une manière évidente, ou encore qu'il faut rechercher et que souvent il dissimule.

Nous n'insisterons pas davantage sur cet examen psychologique, puisque les idées délirantes et les troubles mentaux à étudier font précisément l'objet des chapitres qui vont suivre.

Cet examen n'est d'ailleurs pas soumis à des règles précises. Il varie forcément suivant le genre de maladie auquel on a affaire d'une part, et de l'autre suivant le développement intellectuel du malade lui-même. L'essentiel est qu'il soit aussi complet que possible, tant au point de vue du délire que de l'état intellectuel et moral général.

Du fond sur lequel se développe le délire dépend en effet jusqu'à un certain degré sa curabilité. Ce dernier point a donc surtout une grande importance pronostique. Or le pronostic est ce qui intéresse le plus vivement, et cela se conçoit, la famille du malade. C'est la chose la plus difficile à établir, et c'est celle sur laquelle on vous demande de vous prononcer le plus catégoriquement et le plus tôt possible. Rien ne doit donc être négligé pour tâcher d'arriver à le formuler, sinon d'une manière positive, au moins avec une demi-certitude.

MUTISME ET REFUS DE PARLER CHEZ LES ALIÉNÉS

Un cas qui embarrasse quelquefois beaucoup, quand on n'est pas prévenu de son éventualité, c'est le mutisme du malade. Il arrive fréquemment qu'il soit impossible, de quelque façon qu'on s'y prenne, d'obtenir la moindre réponse à ses questions. A cet égard il y a lieu de distinguer immédiatement trois catégories de malades.

1° Le malade *ne veut pas* répondre, vous le dit, ou vous le fait comprendre par son attitude ;

2° Le malade *ne peut pas* vous répondre et ne paraît même pas vous comprendre ;

3° Le malade *ne peut pas mais voudrait* vous répondre, et vous fait comprendre qu'il en est incapable.

Nous voyons combien l'*attitude générale* est importante à considérer ici, car elle permet presque immédiatement de classer le malade dans un des trois groupes précédents. On doit donc porter toute son attention sur l'aspect du malade et saisir les moindres mouvements réactionnels qu'il présente pendant l'interrogatoire et l'examen. C'est dans ces

cas surtout qu'il faut chercher à inspirer confiance au sujet par son attitude douce, conciliante, protectrice ou consolatrice; car en ne se décourageant pas, en procédant régulièrement à l'interrogatoire, comme si on avait des réponses, on arrive souvent à obtenir un mot, qui est parfois une révélation. Or il est évident que pour diriger l'interrogatoire dans un sens plutôt que dans un autre, il faut agir en vertu d'une idée préconçue, d'un diagnostic d'impression première : d'où la nécessité de bien observer le premier mouvement du malade quand on arrive en sa présence et qu'on commence à le questionner. Il arrive souvent alors qu'en parlant comme si l'on connaissait les préoccupations réelles du malade, en l'interrogeant sur les symptômes qu'il *doit* avoir, il se livre et vous fasse ses confidences.

Le mutisme est un symptôme négatif de grande valeur au point de vue séméiologique, car le nombre de cas dans lesquels on le rencontre est relativement restreint. Aussi, quoique faisant partie des troubles de la parole, avons-nous cru préférable de le traiter à part.

1° *Le malade ne veut pas parler.*

a. Délire de persécution;

b. Débilité mentale.

a) **Délire de persécution.** — C'est presque exclusivement dans le *délire de persécution* qu'on observe ce refus systématique de répondre. Lorsqu'on est mis en présence du malade, son premier mouvement est un mouvement de défiance. Il

vous examine, vous dévisage, cherchant à se rendre compte du but dans lequel vous venez le trouver. Il peut vous accueillir de plusieurs façons différentes : ou bien il a l'air de ne pas faire attention à vous, continue à faire ce qu'il était en train de faire, vous tourne le dos, et si vous insistez et le touchez, se dégage, s'éloigne et parfois demande sur un ton irrité qu'on le laisse tranquille. Il lui arrive de proférer quelque parole qui révèle son délire, telle que : « Vous en êtes donc aussi ? » faisant allusion à la bande de ses persécuteurs. Ou bien dès les premières questions il répond : « Je n'ai rien à vous dire ; vous le savez mieux que moi ; c'est dans les journaux ». Ces paroles et d'autres analogues suffisent presque à mettre immédiatement l'étiquette de délire ou tout au moins d'idées de persécution systématisées sur le cas (Voy. *Idées de persécution*). Après les avoir prononcées il se renferme dans un silence obstiné.

Enfin il peut arriver que ce soit lui qui vous interroge sans vous laisser le temps de prendre la parole, vous invective et joigne quelquefois le geste à la menace, sans répondre en aucune façon à vos questions. Il faut dans ce cas opposer le plus grand calme à ce débordement, saisir les moindres mots échappés au malade, et, une fois ce flux de paroles passé, reprendre ces aveux involontaires comme point de départ de l'interrogatoire. Si le malade se confine alors dans le silence, il n'en reste pas moins tout ce qu'on a recueilli, et qui est souvent amplement suffisant pour formuler le diagnostic de délire

de persécution systématisé chronique, avec hallucinations de l'ouïe.

L'attitude générale est capitale ici, car d'après elle on peut, dans certains cas, dire à quelle période en est la maladie. Dans la première et la seconde ce sont les idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale qui prédominent. Or à ces périodes l'attitude du malade est celle de la défiance. En ne lui parlant pas et l'observant à la dérobée vous le surprendrez à se retourner brusquement, à regarder tout d'un coup dans une direction quelconque comme s'il écoutait et à répondre à voix basse ou même tout haut. Souvent l'ironie est peinte sur sa physionomie. A la troisième période, où se montrent les idées de grandeur en même temps que persistent les idées de persécution, il se joint à l'attitude précédente un port altier, arrogant, provocateur même quelquefois, et le dédain remplace la défiance. — On peut donc, en présence de malades qui ne profèrent aucune parole et qui ont de semblables attitudes, diagnostiquer presque à coup sûr et au premier coup d'œil un délire de persécution.

Dès lors il est facile, connaissant les phénomènes habituels de cette affection, de questionner le malade comme si on était au courant de ce qu'il éprouve : « Depuis quand vous fait-on des ennuis? Pourquoi vous en veut-on? Racontez-moi les sottises qu'on vous dit? Est-ce qu'on vous insulte dans la rue? etc. » Si aucune de ces questions ne le met sur la voie des aveux on peut quelquefois les obtenir en disant au malade qu'on s'intéresse à lui et qu'on vient pour cher-

cher avec lui les moyens d'enrayer ces persécutions. Enfin on peut mettre en doute la réalité de ce qu'il éprouve, lui dire qu'il est en butte à des hallucinations, qu'il a besoin d'être soigné. Piqué au vif, il se révolte alors et se met à vous débiter tout son délire.

b) **Débilité mentale.** — Certains dégénérés, atteints de *débilité mentale*, avec des idées vagues de persécution, de grandeur, de mélancolie, d'hypochondrie, etc., sont quelquefois aussi impossibles à interroger. Leur attitude est toute différente de celle des persécutés systématiques. L'attitude de ces derniers est constante et identique à elle-même d'un jour à l'autre. Celle des dégénérés, au contraire, varie continuellement, suivant la prédominance des idées du moment. Ils changent sans cesse de place, prenant des poses sans but apparent, se mettent à rire aux éclats sans motif, prononcent des mots sans suite, et vous répondent — quand ils le font — par quelque coq-à-l'âne en ayant l'air de se moquer de vous. C'est en se basant sur les gestes, l'incohérence des actes du malade, son obstination à ne pas répondre, quoiqu'il vous comprenne bien, qu'on arrive au diagnostic. Ce pseudo-mutisme peut persister des mois et même des années et est en général *signe de chronicité*. C'est à ce titre qu'on le voit survenir chez des maniaques débiles, des mystiques, des mélancoliques chroniques.

2° *Le malade ne peut pas répondre et ne paraît même pas comprendre.*

C'est ce qui arrive quand on a affaire à des malades atteints d'états dépressifs, tels que :

a. Mélancolie stupide ;

b. Paralysie générale à forme mélancolique ou hypochondriaque ;

c. Démences.

a) **Mélancolie.** — Dans la mélancolie, on peut observer un mutisme complet qui correspond à un état de stupidité absolue et à une immobilité totale. L'attitude extérieure a ici une grande importance. En se basant sur l'aspect concentré, triste du malade, sur son regard obstinément fixé sur un même point, sur les troubles vaso-moteurs des extrémités, on arrivera sans peine à porter le diagnostic de stupeur mélancolique (Voy. *Stupidité*).

Il faut se défier des mélancoliques qui cessent de parler. Ce symptôme indique une aggravation, une tendance à la stupeur, et est souvent suivi du refus des aliments. Le malade commence par parler avec peine, lentement, à voix basse, en disant le moins de mots possible. Peu à peu on a de plus en plus de peine à lui arracher la moindre réponse, jusqu'à ce qu'enfin il soit complètement silencieux et n'ait même plus l'air de vous entendre. Le délire n'en évolue pas moins et ce symptôme masque souvent des idées de suicide, des hallucinations très intenses, que le malade n'ose pas avouer, et qui doivent, par conséquent, faire craindre qu'il n'échappe à ses terreurs imaginaires par le suicide.

Certains mélancoliques hallucinés de l'ouïe ne parlent pas parce que leurs voix le leur interdisent. D'autres, atteints d'hallucinations psycho-motrices verbales, en ont d'une façon tellement continue qu'il

leur est impossible de parler à la fois volontairement et automatiquement.

Le mutisme des mélancoliques doit donc toujours faire redouter des hallucinations et de l'anxiété, et par conséquent des idées de suicide, qu'ils mettent à exécution au moment où on s'y attend le moins. Il est donc indispensable de faire comprendre aux familles que sous ces apparences de tranquillité absolue se cache au contraire un délire extrêmement actif, de nature tellement pénible que le malade cherche à s'y soustraire par le suicide, soit par refus d'alimentation ce qui est le cas plus fréquent, soit par tout autre moyen violent, et qu'il est par conséquent urgent de le surveiller avec la plus grande attention et de le faire traiter le plus tôt possible en l'internant dans un établissement spécial.

Mais, à côté des mélancoliques vraiment muets, il en existe d'autres (Séglas) qui ne sont muets qu'en apparence. Par suite du défaut de synthèse psychique, de la lenteur de leurs conceptions et de toutes leurs opérations psychiques, ils ne comprennent que difficilement vos questions, et comme d'autre part, pour y répondre, ils sont obligés d'y mettre beaucoup plus de temps qu'à l'état normal, il en résulte que si vous précipitez vos demandes, ils n'ont ni le temps de les saisir ni celui d'y répondre. Si vous n'attendez pas, si vous n'insistez pas en répétant plusieurs fois et lentement la même question, vous croirez avoir affaire à du mutisme alors qu'il n'en est rien. Il faut donc connaître ces faits pour éviter non seulement de commettre une erreur de diagnostic, mais encore

de porter un pronostic plus sombre qu'il ne convient.

b) **Paralysie générale.** — Les paralytiques généraux à forme dépressive, les femmes particulièrement, présentent fréquemment du mutisme. Mais on ne saurait les confondre avec les vrais mélancoliques (Voy. *États de dépression*, et *Diagnostic de la paralysie générale*). Là encore l'aspect n'est plus le même et empèche la confusion. Le regard a une expression atone, indifférente, sans éclat. Le masque est flasque, apathique et non contracté comme dans la mélancolie. Les troubles vaso-moteurs n'existent pas ou ne sont pas en rapport avec l'état de dépression dans lequel le malade paraît plongé. En outre on constate de prime abord l'inégalité pupillaire, de petits tremblements fibrillaires des muscles de la face, du tremblement des mains, qu'on ne rencontre pas dans la mélancolie. Enfin, il est rare que le mutisme soit aussi persistant que dans la mélancolie pendant une longue période consécutive. Muet aujourd'hui, le paralytique parlera peut-être demain. Souvent même, en insistant, le malade essaye de répondre et présente alors l'hésitation caractéristique de la parole.

c) **Démence.** — Les déments enfin peuvent présenter une sorte de mutisme, qui tient surtout à leur affaiblissement intellectuel, à leur défaut d'idées, à la lenteur de leurs opérations psychiques. Ce mutisme est rarement complet.

L'âge du malade, son aspect spécial, son facies, sont autant d'indications pour le diagnostic.

3° *Le malade ne peut pas mais voudrait parler et vous fait comprendre qu'il en est incapable :*

a) Les hystériques ;

b) Les aphasiques.

a) **Hystérie.** — Le mutisme hystérique peut se présenter à l'état isolé, ou compliquer l'aliénation mentale. Dans le premier cas, rien dans l'aspect général de la malade ne peut faire songer à l'aliénation. La malade exprime qu'elle ne peut parler et *écrit ce qu'elle voudrait dire*. Elle montre, en portant la main à sa gorge, que c'est la voix qui lui manque. Rien dans ses actes ni dans ses écrits ne dénote le moindre dérangement cérébral. L'anamnèse, du reste, confirme le diagnostic de l'affection hystérique.

Lorsque le mutisme hystérique complique l'aliénation mentale, le diagnostic devient beaucoup plus difficile. Ce n'est guère alors que par les commémoratifs, par l'examen indirect, qu'on peut arriver au diagnostic. Dans ce cas, du reste, le mutisme n'a plus la même valeur que lorsqu'il dépend directement du trouble mental, et ne sert qu'à mettre en évidence le fond hystérique sur lequel les troubles psychiques — qui ne sont pas pour cela hystériques — se sont développés. Il s'agit, comme dans tous les cas où des accidents hystériques viennent compliquer l'aliénation, de savoir quelle est la part qui revient à l'hystérie dans le délire. Ce n'est donc plus l'accident lui-même qu'il est important de considérer, c'est sa nature, qui, dans certains cas, peut éclairer la pathogénie du délire. Ce qui importe, ce n'est pas plus le mutisme que tout autre

accident, c'est le fait que ce mutisme est hystérique.

Pour le diagnostic on se basera surtout sur le mode d'apparition brusque du mutisme, sur le jeune âge du sujet, les accidents nerveux d'ordres divers qu'il a pu présenter autrefois, et sur l'absence d'agraphie, laquelle est très caractéristique (1). et doit être recherchée, chaque fois qu'on le peut.

b) **Aphasie.** — L'aphasie peut se compliquer d'aliénation, être liée à l'aliénation ou compliquer l'aliénation.

1° Certains aphasiques peuvent être pris pour des paralytiques généraux, quand ils présentent en outre de l'aphasie motrice, de la surdité et de la cécité verbales avec amimie. Ces sortes de malades étaient souvent pris autrefois pour des aliénés. Il n'en est rien, mais cependant, outre qu'en général l'aphasie ne va pas sans une certaine déchéance intellectuelle, elle peut s'accompagner de véritables interprétations et idées délirantes, d'illusions et d'hallucinations. Dans ce cas l'aphasie ne sert qu'à mettre sur la voie de la cause même de ce délire, à savoir le ramollissement cérébral et les troubles congestifs qui l'accompagnent.

2° La catégorie des aphasiques aliénés est moins nombreuse que celle des aliénés devenus aphasiques. L'apparition de l'aphasie au cours d'une psychopathie indique aussitôt qu'on a affaire à une affection organique du cerveau, comme cela se voit dans la

(1) Quoique l'agarphie soit exceptionnelle dans le mutisme hystérique, elle peut cependant s'y rencontrer et j'en ai observé un cas extrêmement net et probant.

paralysie générale lorsque les lésions sont prédominantes dans la sphère du langage.

3° Enfin l'aphasie et l'aliénation peuvent être distinctes l'une de l'autre. Il y a alors simple coexistence, et l'aphasie n'a aucune valeur au point de vue du diagnostic de l'aliénation mentale. C'est une simple complication qu'il est facile de diagnostiquer par ses caractères habituels quand on connaît l'aliéné avant qu'elle survienne ou qu'on a des renseignements précis.

Mais lorsqu'on voit pour la première fois un aliéné aphasique, l'embarras peut être très grand, non seulement pour établir les rapports existant entre les deux troubles, mais encore et surtout pour poser le diagnostic de l'affection mentale préexistante.

Pour y arriver, on devra employer tous les procédés usités en pareil cas pour se mettre en communication avec les aphasiques ordinaires, et par conséquent la première chose à faire est d'établir le diagnostic de la variété d'aphasie. Le diagnostic de la psychose devient très difficile quand on a affaire à une aphasie de réception compliquant une aphasie de transmission. Reste seulement alors la mimique, qui est ordinairement insuffisante pour indiquer la nature exacte des idées délirantes, mais seulement leur couleur. Dans ce cas, ce qui a le plus de valeur ce sont les actes du malade.

En résumé, l'aphasie ne saurait plus aujourd'hui être confondue avec l'aliénation mentale. Mais elle peut s'accompagner de troubles intellectuels dépen-

pendant de la même cause qu'elle, ou se montrer au cours d'une aliénation comme conséquence du processus organique qui a déterminé la première: c'est le cas de la paralysie générale. Ou bien enfin elle est tout à fait distincte de l'aliénation et masque alors le délire.

Paraphasie. — Nous ne pouvons quitter la question de l'aphasie sans dire quelques mots de la paraphasie, quoique cela ne soit plus à proprement parler du ressort du chapitre du mutisme. Mais la *paraphasie* est plus importante au point de vue du diagnostic que l'aphasie proprement dite. Elle simule quelquefois, à s'y méprendre, l'incohérence de la démence.

Le malade répétant sans cesse les mêmes mots au milieu de ses phrases, souvent même des mots incompréhensibles, on peut croire à une *manie chronique* où les néologismes, les expressions incohérentes, les jurons, etc., ne font que traduire l'affaiblissement intellectuel. Les commémoratifs sont indispensables dans ce cas pour établir le diagnostic. L'incohérence des paraphasiques n'est du reste qu'apparente; ce n'est pas dans les idées qu'elle réside, comme chez les aliénés chroniques, mais dans l'expression de l'idée.

On peut trouver la raison de la répétition des mêmes mots chez les aliénés dans une idée délirante, le malade agissant sous l'influence d'une hallucination qui le lui commande, ou pour conjurer un malheur qui le menace (mélancoliques), ou sous l'influence d'une puissance mystérieuse qui parle par

leur bouche (persécutés). Dans ces différents cas les caractères du délire sur lequel ces troubles se greffent empêcheront de les confondre avec de la vraie paraphasie.

Simulateurs. — Il nous reste un mot à dire à propos du mutisme. C'est un procédé que les simulateurs emploient fréquemment pour se faire passer pour aliénés. Outre qu'une surveillance active et adroite les prend facilement en défaut le plus souvent, leur attitude, leur physionomie, leurs actes suffisent à éveiller le doute sur la réalité de leur mutisme qui doit inspirer la plus grande méfiance lorsqu'il survient chez un individu ayant intérêt à passer pour aliéné, ordinairement pour échapper à la justice, et que ce mutisme n'est rattachable à aucune des affections que nous avons passées en revue.

PRONOSTIC GÉNÉRAL ET INDICATIONS.

Pronostic. — Le *pronostic* du mutisme est très variable suivant les cas, mais, d'une façon générale, c'est un symptôme grave.

Volontaire, comme chez les *persécutés* et les *débiles*, il révèle un état mental chronique.

Dû à une impossibilité fonctionnelle, il indique une affection grave, comme dans la *mélancolie stupide* et encore dans la *paralysie générale* à forme mélancolique ou hypochondriaque, et dans la *démence*. La mélancolie est toutefois curable. Quant au mutisme *hystérique*, il n'a pas plus de gravité que tout autre accident hystérique.

Dû enfin à une impossibilité organique, comme dans l'*aphasie* et la *paraphasie*, il est symptomatique d'une affection incurable et comporte le même pronostic qu'elle.

Indications. — Le mutisme par lui-même ne fournit guère d'indications spéciales pour le traitement de l'affection dans laquelle il survient.

Il n'y a que dans la mélancolie, où nous avons suffisamment insisté sur les conséquences qu'il pouvait faire prévoir, et dans l'hystérie qu'il y a possibilité d'intervenir. Dans ce dernier cas c'est le traitement de tous les autres accidents hystériques qui est de circonstance. Ce n'est pas ici le lieu d'en parler, car cela ne rentre pas dans l'aliénation mentale à proprement parler.

TROUBLES DE LA PAROLE

Nous venons de voir un des troubles les plus importants de la parole : le mutisme, et accessoirement l'aphasie et la paraphasie.

Il nous reste à étudier les modifications de la voix, de la parole et du langage chez les aliénés, au point de vue séméiologique. En dehors même des idées exprimées, le langage peut mettre sur la voie du trouble mental du malade. C'est à ce titre que nous devons l'envisager séparément, pour suivre la marche que nous avons adoptée dans l'examen de l'aliéné.

Voix. — La voix est rauque, élevée, éraillée, *intense* chez les maniaques, les excités en général. L'éraillement peut être la conséquence des cris à la longue, mais souvent il se manifeste dès le début dans la manie. A la fin il y a abaissement de la tonalité et même quelquefois aphonie résultant de la fatigue du larynx.

La voix est *affaiblie*, au contraire :

Chez les *déments*, où elle est monotone, traînante, indistincte ;

Chez les *mélancoliques*, où elle est voilée, sourde,

4.

faiblement émise, et révélant un affaiblissement de la volonté et des fonctions organiques.

Chez les *persécutés* (dans certains cas), où elle est chuchotée, basse, mais non affaiblie — résultat de la peur qu'ont les malades d'attirer l'attention de leurs ennemis.

Élocution. — L'*augmentation de la rapidité* s'observe dans les cas suivants :

Maniaques. — Il y a chez eux association rapide des idées, qui se fait souvent par assonance, et est quelquefois extrêmement rapide (fuite des idées). De cette rapidité d'association résulte que le malade, sautant d'une idée à une autre sans qu'on voie la transition, le langage prend la forme elliptique, ce qui empêche toute suite dans la conversation. Ils parlent sans trêve, nuit et jour quelquefois (logorrhée), et avec tant de rapidité qu'ils bredouillent, mangent des syllabes, sans arriver à exprimer leurs idées aussi vite qu'elles se présentent à eux. Ils ont souvent besoin de parler pour le plaisir de parler, de s'épancher, en quelque sorte automatiquement (lalomanie), sans gestes, ni cris, ni mouvements désordonnés.

On trouve cette rapidité de l'élocution dans l'excitation maniaque symptomatique de :

Paralysie générale ;
Alcoolisme aigu ou subaigu ;
Folie circulaire ;
Démence avec excitation ;
Accès d'excitation au cours des vésanies ;
Certains délires fébriles.

La *diminution de la rapidité* s'observe dans les états dépressifs :

Mélancoliques. — Tous les degrés s'observent, suivant que les malades sont de simples déprimés ou des stupides. Ils espacent leurs mots, s'arrêtent, reprennent, jusqu'à ce que le mutisme s'installe. Ce phénomène de diminution résulte de l'aboulie, de l'inhibition, du défaut de synthèse psychique, des hallucinations, des craintes morbides. Aussi ne cherchent-ils pas à traduire leur pensée par l'écriture. Les mêmes raisons qui arrêtent le langage parlé arrêtent aussi le langage écrit.

On retrouve ce trouble dans les états mélancoliques symptomatiques de :

Paralysie générale ;
Folie circulaire ;
Démences.

Diction. — La diction est souvent très importante à considérer, en dehors des idées exprimées, pour révéler le caractère pathologique ou même normal des malades.

Elle est en général *facile* et assez *correcte* chez les :

Persécutés chroniques ou persécuteurs ;
Fous raisonnants ;
Neurasthéniques, impulsifs, obsédés.

Elle est *incorrecte* chez les :

Débiles et imbéciles ;
Déments ;
Paralytiques généraux.

Elle est *emphatique*, théâtrale, déclamatoire chez les :

Excités maniaques simples ;

Fous circulaires ;

Mégalomanes persécutés, *mystiques*, *paralytiques généraux* (quelquefois) *;*

Catatoniques *hystériques* : la diction prend ici la forme de *verbigération*, qui consiste en ce que le malade répète des mots vides de sens, toujours les mêmes, sur le ton où il ferait un discours pathétique.

Elle est *prétentieuse* chez les :

Persécutés ;

Fous raisonnants ;

Hystériques.

Elle est *monotone* chez les :

Mélancoliques (gémisseurs répétant sans cesse les mêmes mots, les mêmes phrases, les mêmes plaintes) ;

Déments (radoteurs).

Composition du discours. — *Modifications de la syntaxe.* — Certains malades parlent d'eux à la troisième personne. Tels sont les :

Négateurs ;

Mélancoliques anxieux ;

Épileptiques et hystériques délirants ;

Persécutés déments ;

Possédés chroniques ;

Paralytiques généraux.

Ce trouble indique une profonde altération de la

personnalité et souvent la chronicité, sauf chez les mélancoliques anxieux, les épileptiques et les hystériques délirants.

Grossièreté de l'expression. — Bien des malades de bonne éducation, de mœurs excellentes, emploient, lorsqu'ils deviennent aliénés, un langage des plus orduriers et se complaisent à dire des grossièretés. C'est un phénomène qui frappe beaucoup les familles peu habituées à ces façons de parler chez leur malade, et souvent disposées à les mettre sur le compte de mauvais exemples, lorsqu'il est placé dans un asile ou une maison de santé. En réalité c'est un symptôme qui fait partie de leur maladie, et qui se rencontre particulièrement chez les :

Maniaques ;
Excités maniaques ;
Paralytiques généraux ;
Fous circulaires (période d'excitation);
Mystiques (blasphémateurs) ;
Persécutés (injurieux pour tous ceux qu'ils croient de connivence avec leurs persécuteurs).

Expressions spéciales et caractéristiques. — Celles-ci ont une importance beaucoup plus grande que les troubles précédents. Certaines sont tellement typiques et stéréotypées qu'elles suffisent quelquefois pour faire le diagnostic.

Les unes révèlent le trouble de la volonté ou de la personnalité ; les autres l'inconscience de la situation ; d'autres sont des néologismes, des mots créés pour exprimer des sensations anormales ; d'autres,

enfin, certaines précautions prises par le malade pour conjurer le sort ou pour prévenir ce qu'on pourrait vouloir de lui.

Mélancoliques. — Leurs expressions révèlent l'affaissement moral, l'aboulie, le sentiment d'humilité, de tristesse, dont ils sont atteints. « A quoi bon vous dire tout cela ? vous ne pouvez rien changer à mon état, vous disent-ils. Je ne guérirai jamais ; autant en finir tout de suite ! — Je ne comprends rien ; j'étais intelligent autrefois, du moins on le disait. — Je ne sais plus rien faire, à quoi bon s'occuper de moi ? — Je suis indigne, misérable ! — Tout est fini ; je suis cause de tous les malheurs, j'ai ruiné toute ma famille. » Certains ne vous répondent qu'en mettant un correctif à leurs assertions : « Je crois, il me semble, etc. »

Mégalomanes. — Les mégalomanes, au contraire, les paralytiques généraux en particulier, emploient les qualificatifs au superlatif : ils sont savantissimes, richissimes, etc. Mais chez eux ce n'est pas tant l'expression de l'idée que l'idée elle-même qui révèle l'hypertrophie de la personnalité.

L'inconscience de leur état se manifeste dans le langage de certains aliénés par le contraste qui existe entre ce langage et leur aspect général.

Tels sont les *paralytiques généraux* qui, ânonnant et gâteux, vous disent : « Je vais très bien ; je suis très content ; je pars demain ; je me marie demain ».

Persécutés. — Les persécutés sont de tous les aliénés

ceux qui ont les expressions les plus caractéristiques. « Pourquoi me demandez-vous cela? — *Vous le savez mieux que moi.* — Je n'ai rien à vous dire. — Vous êtes donc avec *eux*? — Allez donc le *leur* demander. — Vous n'avez qu'à lire ça dans les journaux. — Tout le monde le sait pourtant. — *On m'enlève ma pensée.* — On fait des gestes sur mon passage. — Je veux ma liberté, je ne suis pas fou. Il faut que j'aie la tête solide pour résister à tout ce que j'endure. — C'est odieux de me garder ici! (quand ils sont internés.) »

C'est aussi chez eux qu'on rencontre le plus de ces néologismes, que nous allons maintenant étudier.

Néologismes. — On peut en distinguer deux sortes: des néologismes passifs et des néologismes actifs.

Néologismes passifs. — Ils se forment automatiquement, par assonance, et n'ont aucune signification pour le malade. On les rencontre dans :

a) États maniaques (peu d'importance pronostique);

b) Alcoolisme aigu et subaigu ;

c) Paralysie générale (mots détournés de leur sens par défaut de mémoire, difficulté du choix de l'expression);

d) Déments et paraphasiques (mots sans signification précise; langage enfantin; interjections; mots toujours les mêmes coupant le discours; mots dits pour d'autres) ;

e) Obsessions (onomatomanie).

Néologismes actifs. — Ceux-ci sont beaucoup plus importants. Ce sont, à vrai dire, les seuls, au sens propre du mot. Ils sont créés pour les besoins du malade, à titre explicatif.

C'est chez les *persécutés* qu'on les rencontre le plus souvent.

Le vocabulaire de ces malades est quelquefois extraordinaire et suffit à lui seul pour le diagnostic. Tantôt c'est une allusion à des *personnes* ou à des *êtres symboliques* : les invisibles, les souffleurs, les reluquets, les bobs, etc., etc.

Tantôt c'est une allusion à des *agents* et à des *états physiques*, et ils expriment les instruments ou les substances spéciales dirigés contre eux.

Ou bien ils sont créés *sous l'influence d'une hallucination*, et expriment une sensation spéciale, anormale : ils sont empestiférés, emboucanés, injectés ; on les déséchine; les épine-dorsaliers sont à leur poursuite, etc., etc. Ou bien encore ce sont des conjurations, des *formules d'exorcismes*, des évocations; « Zut ! du flan ! » disent-ils, en s'adressant à leurs persécuteurs et en réponse à leurs hallucinations. D'autres font des gestes « excavalatiques », ou qualifiés dans le même genre. Un malade disait : « Dieu 13 » pour conjurer ses persécutions.

Très souvent les malades emploient dans leurs écrits des *expressions métaphysiques* et *pseudoscientifiques* telles que : anthropofotologie, alitrométrie philosophique, etc., etc.

Certains se donnent des *dénominations bizarres*. « Je suis la reine de France Zazi ; — je suis foudroyantissimeur, » etc., etc. (Séglas.)

Enfin il y a des *néologismes absolument absurdes*, comme ceux de certains malades qui prétendent connaître toutes les langues, ou en avoir inventé

une nouvelle et qui assemblent d'une façon absolument incohérente des lettres et des syllabes sans aucune signification.

Ce qui caractérise les néologismes actifs, c'est qu'ils expriment des idées délirantes. Ils dénotent une affection chronique. Leur *pronostic* est donc grave. Celui des néologismes passifs n'est sérieux que dans la paralysie générale et les démences, où ce trouble n'ajoute rien du reste à la gravité de l'affection, mais il ne l'est pas dans les états d'excitation. Les néologismes passifs n'ont pas, en somme, de valeur pronostique spéciale.

Écholalie. — Elle consiste à répéter le dernier mot, la dernière phrase entendus. Certains malades, au lieu de vous répondre, répètent votre question. On observe l'écholalie chez des *obsédés*, des *persécutés* et des *dégénérés* superstitieux, dans la *maladie des tics*.

Langage réflexe. — Signalons enfin comme dernier trouble de l'expression ce phénomène qu'on rencontre chez des *déments*, et qui consiste à répondre au hasard à vos questions par des phrases banales, courantes, toutes faites, comme : « Merci, et vous ; il fait beau temps aujourd'hui ; parfaitement, je vous remercie ; en effet, vous avez raison, » etc., etc.

Nous verrons plus loin (Voy. *Hallucinations*), les diverses hallucinations dans lesquelles intervient le langage. Nous les laisserons donc de côté pour le moment. S'il est intéressant, du reste, d'étudier les rapports de l'hallucination et du langage, c'est bien plutôt au point de vue théorique qu'au point de vue pratique, lequel nous occupe seul ici.

Dyslalies. — Ce qui nous importe plus en clinique ce sont les troubles de la parole proprement dite : les dyslalies.

a) *Blésité.* — Le balbutiement et surtout la blésité, qui consiste en ce que les malades substituent des consonnes douces à des consonnes dures, le zézaiement, se rencontrent chez des *aliénés physiquement dégénérés.*

Il y a, d'autre part, certaines malformations qui déterminent certains troubles d'articulation du même genre et qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Telles sont les malformations congénitales comme le bec-de-lièvre, la division du voile ou de la voûte du palais, qui sont des stigmates de *dégénérescence*; les malformations accidentelles des mêmes organes, imputables le plus souvent à la *syphilis* ; les déformations du nez chez les *épileptiques*; les mutilations volontaires dues à des tentatives de suicide (*mélancoliques*, *mystiques*) ou faites sans motifs (*paralytiques généraux*, *déments*, *idiots*).

b) *Hésitation de la parole.* — C'est un des troubles les plus importants à considérer au point de vue du diagnostic.

L'hésitation, le traînement de la parole, sont des signes de paresse intellectuelle, de manque de mémoire, de démence. Le tremblement de la parole rentre dans l'ordre des troubles moteurs dus à des lésions cérébrales.

L'hésitation de la parole ne s'installe pas d'emblée. Ce sont d'abord de simples *accrocs* à certaines syllabes. Pour les provoquer on fait prononcer au

malade certains mots où des sons toujours les mêmes sont reproduits : comme artilleur d'artillerie, qu'on lui fait répéter trois fois ; ou des mots longs et difficiles comme : anticonstitutionnellement, inamovibilité de la magistrature, transsubstantiation, etc. Il y a un certain intervalle entre les mouvements des lèvres et de la langue et l'émission du son.

L'hésitation se prononce de plus en plus à mesure que la maladie progresse, jusqu'à ce qu'elle devienne presque continue et se manifeste pour les mots les plus simples. La parole devient alors bredouillée, chevrotante, en même temps qu'il y a abaissement de la tonalité, et que la voix devient monotone, basse, enrouée.

C'est au début surtout qu'il faut reconnaître ce trouble *caractéristique de la paralysie générale*, dont le diagnostic, malgré l'existence d'autres symptômes de grande valeur, comme l'inégalité pupillaire, le tremblement, le délire mégalomaniaque ou hypochondriaque, doit rester en suspens tant qu'on ne l'a pas constaté.

On ne le surprend pas tout de suite quelquefois quand il existe. Il ne suffit pas toujours, pour le révéler, de faire prononcer au malade des mots difficiles comme ceux que nous indiquions tout à l'heure. Il faut surtout le fatiguer en le faisant parler quelque temps. La fatigue détermine le tremblement et l'achoppement syllabique.

Cet achoppement se distingue du *balbutiement*, qui cesse au contraire quand le malade prononce les mots très vite.

Il se distingue également du *bégaiement*, en ce que celui-ci consiste dans une incoordination spasmodique et non paralytique, et s'accompagne, en outre, de modifications du rhythme respiratoire. Quand le bégaiement existait chez un individu qui devient paralytique général le diagnostic peut devenir plus délicat (Voy. *Diagnostic de la paralysie générale*).

Le tremblement de la parole dans la *sclérose en plaques* peut aussi être confondu avec celui de la paralysie générale, d'autant plus que ces deux affections présentent quelquefois des analogies qui en rendent le diagnostic très délicat. Toutefois dans les cas classiques de sclérose en plaques, qui ne sont peut-être pas les plus fréquents, l'articulation est nette, scandée, spasmodique. Les malades ne mangent pas de syllabes. Leur parole ressemble un peu à celle des ivrognes, pour qui on les prend souvent, au premier abord, dans le début de la maladie.

c) *Bégaiement* (laloneurose spasmodique). — Il se rencontre assez fréquemment et constitue un stigmate de dégénérescence, souvent héréditaire. Dans le bégaiement il y a une inspiration insuffisante, et une expiration trop rapide et mal mesurée. Le sujet prononce bien pendant un certain temps; puis, tout à coup, il s'arrête sur un mot à consonnes prédominantes, qui sont les plus propres à provoquer le spasme, l'arrêt. En raison de son caractère héréditaire il est bon de le rechercher également dans la famille du malade.

Le *bredouillement émotionnel* peut être confondu

avec lui. Mais il n'est que momentané et se produit seulement sous l'influence d'une émotion. Le bredouilleur parle d'autant mieux qu'il fait plus attention à sa parole, et le bègue d'autant mieux qu'il ne s'en préoccupe pas.

Langage écrit. — Les écrits des aliénés sont toujours très utiles à considérer, car ils révèlent souvent une affection mentale bien avant qu'elle soit manifestement déclarée, et une fois qu'elle l'est ils peuvent servir à mettre en évidence certaines idées délirantes que le malade n'avoue pas en parlant. Il est surtout intéressant de comparer l'écriture de l'état pathologique avec celle de l'état sain.

Dans les *états d'excitation*, l'écriture est hardie, rapide, hâtive, comme fébrile, saccadée, à inclinaison ascendante. Quand l'excitation est trop grande, que le sujet devient incohérent, que l'automatisme domine, le malade n'écrit plus guère.

Le nombre, la prolixité des écrits (*graphomanie*), se rencontre dans :

La *mégalomanie* ;
Les *délires de persécution* ;
La *folie raisonnante* (persécutés, persécuteurs, processifs, inventeurs, érotomanes).

Dans les *états dépressifs* elle est fine, amincie, à peine marquée, timide, gauche, lente, hésitante, à inclinaison descendante. Les écrits sont du reste rares, les malades ayant autant de difficulté, et plus même, pour exprimer leur pensée par écrit qu'oralement.

Chez les *aliénés périodiques circulaires*, l'écriture varie suivant les périodes. Sa modification constitue souvent un symptôme prodromique de l'accès.

La *forme des caractères* a son importance. Le *tremblement* se rencontre chez les :

Paralytiques généraux;
Alcooliques ;
Déments.

L'*agencement des écrits* a souvent une grande valeur. La forme épistolaire est la plus fréquente, surtout une fois que les malades sont séquestrés. Ils écrivent aussi des journaux, des mémoires, font des plaintes, des réclamations.

Les en-têtes de lettres sont bizarres, ainsi que les suscriptions des enveloppes. Il y a des mots soulignés, écrits en grosses lettres, avec des encres de couleurs différentes. Tout est fait pour attirer l'attention. Tels sont les procédés des *débiles*, des *persécutés* et des *persécuteurs.*

Dans les écrits des *paralytiques généraux*, des *déments*, on remarque des oublis de mots, des fautes d'orthographe grossières, des ratures, des taches. Les lignes ne sont pas suivies; l'écriture est irrégulière, tantôt grosse, tantôt fine, quelquefois illisible. Plus on va vers la fin de l'écrit, plus ces caractères s'accusent, par suite de la fatigue du sujet dont l'attention se relâche de plus en plus.

Tous ces troubles s'observent également dans les états maniaques.

Il est caractéristique, au point de vue de l'incons-

cience du sujet pour sa situation, de le voir écrire sur des morceaux de papier déchirés, des bouts de journaux, des lettres soi-disant importantes, ou des réclamations aux autorités et s'étonner qu'on ne lui réponde pas.

L'examen de l'écriture a une grande importance en *médecine légale*, dans le cas de testaments contestés principalement. Il faut toujours alors comparer l'écriture ancienne datant d'une époque où le malade jouissait certainement de la plénitude de ses facultés, avec l'écriture actuelle. On peut alors y reconnaître un changement du caractère, des incorrections de style, des expressions vulgaires, bizarres, sans compter les idées délirantes.

Par contre des aliénés très malades peuvent écrire des lettres en apparence très sensées, et d'une correction de style parfaite. Presque toujours on trouve cependant une note discordante. Néanmoins il ne faut pas se fier à de semblables écrits qui masquent ordinairement un délire très organisé. Quand un individu paraît aliéné et que ses écrits sont normaux il ne faut pas en tenir grand compte, si ce n'est toutefois que cela indique un délire systématisé et chronique. Si, au contraire, chez un individu en apparence sain d'esprit, on constate des troubles graphiques, qui ne lui sont pas habituels, du tremblement, de l'inégalité, des incorrections d'orthographe et de style, un agencement bizarre, on doit se tenir en garde. Cette circonspection est surtout indiquée lorsqu'on a affaire à des malades dissimulés ou convalescents.

Dysgraphies. — De même qu'il y a des aliénés aphasiques, il y en a d'*agraphiques*.

Un phénomène plus intéressant pour nous que l'agraphie c'est l'*écriture automatique*. Elle se présente de différentes façons. Certains malades sentent leur main marcher comme si elle écrivait un mot qui se présente à leur esprit : c'est l'hallucination verbale, motrice, graphique. Il peut y avoir simplement sensation d'écrire, ou mouvements pour écrire, ou écriture véritable. Chez d'autres il y a une véritable impulsion à écrire.

Ces phénomènes s'observent particulièrement chez les hystériques (écriture automatique inconsciente), chez les mélancoliques (hallucination verbale motrice graphique) et chez certains obsédés (impulsion à écrire).

Dessins. — Les dessins des aliénés peuvent être intéressants aussi à examiner, au même titre que toutes les manifestations intellectuelles des malades, mais il n'ont pas une grande valeur pratique. Les plus caractéristiques, au point de vue de la connaissance du délire, sont ceux des *érotomanes* et de certains *hallucinés* qui reproduisent leurs hallucinations.

Langage mimique. — Il ne saurait guère être étudié à part. Il fait partie de l'attitude générale, des gestes, de la physionomie des malades, et à ce titre nous l'avons implicitement considéré dans le chapitre qui traite de cette partie de l'examen des aliénés. (Voy. *Examen extérieur des aliénés.*)

ILLUSIONS

Tous les sens peuvent être le siège d'illusions, mais il est souvent difficile de dire où finit l'illusion, où commence l'hallucination. La différence entre les deux c'est que dans l'illusion il y a perception réelle, mais fausseté ou exagération dans son interprétation, tandis que dans l'hallucination il y a sensation sans perception réelle.

Les illusions peuvent exister à l'état isolé et en dehors de tout état mental anormal. Tout homme est sujet à des illusions sensorielles sans que sa raison soit le moins du monde en défaut. Où il commence à délirer c'est quand il croit à ses illusions, et encore faut-il que cette conviction entraîne un trouble des idées ou du caractère, et qu'elles soient multiples.

Elles ont beaucoup moins d'importance que les hallucinations en pathologie mentale. Il en est cependant d'assez spéciales à certains états mentaux.

Illusions de la vue. — Ce sont de beaucoup les plus fréquentes, et c'est surtout dans les états d'excitation qu'on les rencontre :

1° *Délires fébriles;*
2° *Délires toxiques et névropathiques;*
3° *Manie;*
4° *Excitation maniaque;*
5° *Persécutés, mélancoliques, hypochondriaques;*
6° *Manie raisonnante.*

1° Dans les *délires fébriles* elles en forment presque le fond et se confondent souvent avec les hallucinations vraies.

2° Dans les *délires toxiques et névropathiques* il en est de même, et les malades font surtout des erreurs de lieux et de personnes (alcoolisme, épilepsie, hystérie).

3° Dans la *manie*, on observe bien plutôt des illusions que des hallucinations véritables. Elles portent généralement sur les personnes. Les malades vous prennent pour telle ou telle de leurs connaissances, vous appellent de leur nom, et dans la même conversation, changent quelquefois à plusieurs reprises votre personnalité. Ils se trompent moins sur les objets, mais ils font beaucoup d'erreurs de lieux.

4° Les *excités maniaques* (excitation simple, folie circulaire, paralysie générale) ont surtout des illusions sur les personnes et les objets : ils prennent des oripeaux pour des choses superbes, des cailloux pour des pierres précieuses, etc. On n'observe pas cela dans la manie vraie.

5° Les *persécutés*, les *mélancoliques*, les *hypochondriaques*, ont plutôt des interprétations délirantes de

ce qu'ils voient que de véritables illusions. En voyant quelqu'un faire un geste, les persécutés croient, par exemple, qu'il est à leur adresse. Les mélancoliques voient tout changer autour d'eux, prendre une teinte grise, sombre. Les hypochondriaques se voient jaunes, défigurés, changés de figure.

6° Chez les *raisonnants* on n'observe pas non plus de véritables illusions de la vue, mais, comme chez les persécutés, des interprétations fausses de choses *mal* vues.

Les illusions de la vue peuvent être très dangereuses, surtout quand elles portent sur les lieux. En effet c'est ainsi que des alcooliques, des épileptiques, des hystériques, en prenant une fenêtre pour une porte, peuvent se tuer.

Elles ont aussi une importance *médico-légale*. Des persécutés à la première période, soupçonneux, hargneux, comme ils le sont, interprétant faussement des gestes, des attitudes, etc., peuvent ou se livrer à des voies de fait, ou faire des dénonciations calomnieuses, ayant uniquement pour base des illusions. Les alcooliques et les hystériques conservent en outre très souvent le souvenir de leurs illusions comme de choses réelles et peuvent ainsi édifier des histoires, ordinairement préjudiciables à ceux qui sont en cause, et auxquelles leur intégrité d'esprit au moment où ils parlent donne beaucoup de valeur.

Illusions de l'ouïe. — Elles peuvent tenir à des troubles auriculaires lorsqu'elles sont isolées; aussi faut-il toujours examiner les oreilles dans ce

cas. On les observe ordinairement combinées à d'autres dans :

1° Les *délires de persécution*;
2° Les *délires mélancoliques*;
3° Les *états d'excitation.*

1° Dans le *délire de persécution* elles ont une grande importance. C'est un des prodromes du délire. Avant d'en arriver aux hallucinations le malade croit comprendre que les paroles dites devant lui sont dirigées contre lui, font allusion à sa personne, etc. Il est frappé par des consonances qui appartiennent à des mots orduriers ou injurieux.

Les *persécutés persécuteurs* en restent à cette première étape et interprètent faussement toutes les paroles qu'on leur dit, et non pas seulement celles qu'ils entendent sans leur être directement adressées.

2° Dans les *délires mélancoliques*, surtout dans les formes anxieuses, les illusions prennent une grande intensité. Aussi faut-il être très circonspect avec ces malades. Leur imagination travaille sur les moindres propos qu'on émet. Le mot le plus simple est pour eux l'indice d'un supplice qu'on leur réserve. Aussi, dans les cas d'anxiété et de stupeur, le mieux est-il de parler le moins possible devant les malades lorsqu'on a des ordres à donner à leur sujet.

En outre tout bruit devient pour eux l'annonce d'un malheur : une cloche est le glas de leur mort; des pas dans un corridor sont ceux d'un juge qui vient les prendre; des chants sont une ironie pour

se moquer de leur sort, etc. Tous les bruits sont interprétés dans le sens du délire et redoublent leur terreur. D'où la nécessité du calme le plus absolu, de l'isolement même complet.

3° Dans les *états d'excitation*, délires toxiques, névropathiques, maniaques, fébriles, les moindres bruits sont le point de départ d'illusions et de conceptions délirantes. C'est pourquoi là encore le calme et le repos sont des conditions indispensables de traitement.

Chez les maniaques on les constate facilement, car elles se révèlent par les réponses par assonances si fréquentes dans ces états, mais qui ne sont pas dues, d'ailleurs, exclusivement aux illusions de l'ouïe.

Illusions de la sensibilité générale. — Elles sont extrêmement fréquentes aussi. Il faut y distinguer les illusions tactiles et les illusions viscérales.

Les illusions *tactiles* sont innombrables. Elles se rencontrent surtout chez :

1° Les *persécutés* ;
2° Les *alcooliques et les intoxiqués*.

Les illusions *viscérales* se rencontrent principalement chez :

1° Les *hypochondriaques* ;
2° Les *persécutés* ;
3° Les *mystiques* ;
4° Les *mélancoliques négateurs* ;
5° Les *paralytiques généraux* ;
6° Les *neurasthéniques*.

Illusions tactiles.

1° *Persécutés* : Brûlures, pincements, électrisation, névralgies, paresthésies, etc.

2° *Alcooliques et intoxiqués* : Crampes, chair de poule, morsure d'animaux, sensation de reptiles (alcooliques), issue de vers à travers la peau (cocaïnomanes).

Illusions viscérales.

1° *Hypochondriaques* : Les névralgies, constipation, dyspepsie, douleurs rhumatoïdes, etc., en sont l'origine.

2° *Persécutés* : Illusions génitales surtout au moment des règles; viol; déchirements d'organes, etc.

3° *Mystiques* : Illusions génitales; incubes, succubes, lycanthropie; sensations de possession, de damnation; crispations *diaboliques* dans les membres, etc.

4° *Mélancoliques négateurs* : n'ont plus de corps, de cerveau, d'estomac; se croient morts, etc.

5° *Paralytiques généraux* : Micromanie; sensations d'ablation d'organes; leur cerveau est vidé, etc.

6° *Neurasthéniques* : Mêmes illusions que chez les hypochondriaques avec cette différence qu'ils ne leur donnent pas une fausse interprétation. Il y a donc plutôt sensation anormale qu'illusion proprement dite.

Illusions du goût et de l'odorat. — Elles n'ont pas grande importance. Elles sont le plus sou-

vent causées par un état saburral des voies digestives, d'où des idées d'empoisonnement par l'air et surtout par les aliments. Elles se rencontrent chez :

1° Les *persécutés* : ils sont empestés, empoisonnés ;
2° Les *mélancoliques* : idées d'empoisonnement par suite de l'embarras des voies digestives ;
3° Les *hypochondriaques* : idées qu'ils sont pourris, ont un cancer de l'estomac ; sensations basées sur l'embarras des voies digestives.

PRONOSTIC GÉNÉRAL ET TRAITEMENT.

Pronostic. — Le pronostic des illusions est extrêmement variable et dépend absolument de celui des états auxquels elles sont liées. Elles sont fréquemment un avant-coureur des hallucinations, et sérieuses à ce titre.

Elles mènent moins rapidement que les hallucinations à la démence.

Combinées aux hallucinations elles sont de mauvais augure.

Les plus mauvaises sont les illusions de l'ouïe, surtout lorsqu'elles se montrent isolées. On peut et on doit toujours craindre qu'elles ne se transforment un jour en hallucinations auditives, symptomatiques le plus souvent de délire de persécution chronique.

Les interprétations délirantes, que nous avons rattachées aux illusions, et qu'on pourrait appeler des *illusions psychiques*, sont de très mauvais augure lorsqu'elles surviennent indépendamment de tout autre trouble. Elles annoncent soit le début d'un

délire de persécution chronique, soit la manie raisonnante, et conduisent fatalement un jour ou l'autre à la folie confirmée.

Après les illusions de l'ouïe, celles dont le pronostic est le moins bon sont les illusions génitales; puis viennent les illusions viscérales.

Quand il y a à la fois un délire de forme franche avec illusions de plusieurs sens, le pronostic est meilleur. Il se confond alors avec celui de la vésanie. C'est ainsi que dans la manie, la mélancolie, les délires fébriles, toxiques, nerveux, elles n'ont pas grande importance.

Plus elles sont mobiles, changeantes, meilleur est leur pronostic.

Celles de négation, de micromanie, sont très mauvaises; celles de possession le sont également. Elles annoncent surtout des formes dégénératives, longues à guérir ou même incurables.

Traitement. — C'est celui de l'affection à laquelle elles sont liées. Il faut exercer une surveillance spéciale dans le cas d'illusions de la vue portant sur les lieux et les personnes, à cause de l'homicide ou du suicide possibles.

L'examen des organes sensoriels, surtout de l'oreille, révèle souvent l'origine des illusions. Il faut donc le pratiquer dans les cas où l'illusion apparaît d'une manière isolée.

L'application des courants continus transcérébraux produit parfois d'assez bons résultats sur les illusions de l'ouïe isolées.

HALLUCINATIONS

De tous les phénomènes qu'on rencontre chez les aliénés, les hallucinations sont un des plus fréquents et des plus caractéristiques. On doit donc les rechercher avec grand soin. Or, sous le rapport de cette recherche, les malades peuvent se diviser en deux groupes :

1° *Ceux qui parlent* : *a*) soit qu'ils soient les premiers à se plaindre de leurs hallucinations ; *b*) soit qu'ils les avouent quand on les questionne ; *c*) soit enfin qu'ils y fassent allusion dans leur conversation.

2° *Ceux qui se taisent* : *a*) soit parce qu'ils sont dans un état de stupeur ou de démence qui les empêche de parler ; *b*) soit que leurs hallucinations leur interdisent de répondre ; *c*) soit qu'ils les nient et les dissimulent. Il faut y ajouter aussi ceux que leur état d'agitation empêche de répondre correctement.

Nous commencerons par le second groupe, procédant toujours du complexe au simple, comme on le fait en clinique, et nous nous demanderons si, en présence d'un aliéné qui ne fournit aucun renseignement sur ses hallucinations, il est cependant possible de les découvrir et d'en affirmer même la

variété et quelquefois le caractère. Le diagnostic des hallucinations dans ce cas est d'autant plus important qu'il faut toujours se défier d'un halluciné concentré ou dissimulé; car c'est sa sécurité ou celle de son entourage qui en dépendent. Moins les hallucinations sont apparentes, plus il faut apporter de soins à les dépister dans les cas où l'on sait pouvoir les rencontrer; plus il faut prendre de précautions quand on les constate en dehors de l'aveu du malade.

Voyons donc à quels *signes objectifs* on peut reconnaître les hallucinations.

Signes objectifs des hallucinations.

Hallucinations de l'ouïe. — Ce sont les hallucinations de l'ouïe les plus fréquentes, les plus dangereuses, et en même temps les plus faciles à dissimuler. Les moindres signes ayant leur valeur il faut apporter la plus grande attention à l'attitude du malade.

Nous avons distingué trois catégories de motifs pour lesquels les aliénés peuvent échapper à l'interrogatoire. Passons-les en revue pour éliminer au fur et à mesure les diverses affections, car nous ne devons pas oublier que le symptôme hallucination doit être envisagé à la fois au point de vue du diagnostic et du pronostic de la maladie mentale à laquelle il est lié.

a) *Le malade est dans la stupeur ou la démence.* — La principale affection à laquelle on puisse songer en présence de la stupidité, c'est la *mélancolie.*

Or, chez les mélancoliques, on peut observer deux ordres d'hallucinations verbales : des *hallucinations verbales auditives*, et des *hallucinations verbales psycho-motrices*. Ces dernières, sans leur être spéciales, s'y rencontrent cependant plus fréquemment que dans aucun autre cas.

Les hallucinations verbales auditives provoquent diverses réactions chez les malades, même dans la stupeur. Tantôt le cou se tend légèrement en avant et la tête tourne de façon à porter en avant le pavillon de l'oreille, en même temps que ce mouvement s'accompagne d'une déviation conjuguée des yeux, dans la direction d'où semble venir l'hallucination. On saisit parfois en même temps un regard anxieux subit, ou un léger mouvement de tout le corps, soit pour fuir, soit pour mieux écouter. Quelquefois une légère coloration de la face ou une accélération subite du pouls indiquent qu'une hallucination vient de se produire.

Il faut beaucoup d'attention pour saisir ces diverses petites manifestations, et on doit observer autant que possible le malade pendant qu'il ne s'en doute pas. Le fait de lui adresser la parole avec insistance suffit en effet souvent à enrayer les hallucinations : c'est ce qui s'observe bien manifestement avec les hallucinations psycho-motrices.

Dans cette variété, si commune chez les mélancoliques, on remarque que non seulement les malades sont par moments extrêmement attentifs, comme s'ils écoutaient, mais encore qu'ils remuent légèrement les lèvres, ou bien c'est leur voix intérieure qui

leur parle, ou bien elle répond à une hallucination auditive. On peut faire la contre-épreuve, et après avoir constaté à la dérobée ces mouvements passagers des lèvres, on remarque l'arrêt dès qu'on adresse la parole au malade.

Il est enfin des cas où non seulement on observe les manifestations délicates que nous venons de signaler, mais où les hallucinations se traduisent tout à coup par des réactions motrices beaucoup plus violentes et qui ne laissent aucun doute sur leur existence et sur leur nature. On voit en effet les malades se lever brusquement, puis se rasseoir, d'un air terrifié, ou encore avoir un véritable raptus et se précipiter dans une direction quelconque, ou se frapper inopinément. Ces raptus et ces impulsions sont toujours sous la dépendance d'hallucinations, ordinairement auditives ou psycho-motrices, chez les mélancoliques.

Or les hallucinations des mélancoliques étant de nature triste ou terrifiante, et les poussant fréquemment au suicide, il faut, quand on les constate, *prendre immédiatement les mesures de précaution* usitées en pareille circonstance, car c'est dans les cas aigus que les hallucinations sont le plus dissimulées, et c'est également dans les cas aigus que les malades passent le plus facilement de l'idée à l'acte, que la réaction motrice est la plus énergique et la plus soudaine.

Chez des *déments*, des *aliénés chroniques* hallucinés de l'ouïe et incapables de donner aucun renseignement sur ce qu'ils éprouvent, on peut quelquefois encore reconnaître la présence persistante d'hallu-

cinations de l'ouïe à ce qu'ils présentent des rides obliques en bas et en avant, dirigées dans le sens de la mâchoire, au-devant du pavillon de l'oreille, et d'autres, remarquablement profondes quelquefois, en avant du tragus. Les premières tiennent à la contraction du sterno-mastoïdien pour tourner l'oreille dans le sens de la direction supposée de l'hallucination ; les secondes sont dues à la contraction des muscles du pavillon de l'oreille qui se porte en avant. Mais ce n'est guère que dans les asiles qu'on a l'occasion d'observer ces faits et ils n'ont pas, par conséquent, grand intérêt pour les praticiens appelés à voir plutôt les malades au début.

b) *Les hallucinations interdisent au malade de parler.* — Les aliénés auxquels leurs hallucinations défendent de parler rentrent dans la catégorie des *mélancoliques.* Il existe toutefois des cas où on peut rattacher cette manifestation au mutisme. On voit en effet des malades, auxquels on a pu arracher quelques mots, s'arrêter tout à coup, poser leurs doigts sur leurs lèvres et faire signe qu'ils ne peuvent plus parler. Ce sont surtout les hallucinations psychomotrices qui provoquent ces gestes, et, ainsi que nous l'avons dit, elles sont presque spéciales aux mélancoliques. Mais il y a aussi certains aliénés à idées mixtes de persécution et de mélancolie, qui offrent ces phénomènes. Ce n'est que sur l'ensemble des autres signes qu'on peut faire alors le diagnostic de leur état mental.

c) *Le malade nie ou dissimule ses hallucinations.* —

Les aliénés qui *dissimulent* leurs hallucinations sont ordinairement des *persécutés*. Il suffit de les observer à la dérobée pour constater qu'ils parlent seuls à voix basse ou même à haute voix, comme s'ils s'adressaient à un interlocuteur, ou bien tout à coup, au milieu de leurs occupations, ils se retournent brusquement pour lancer une injure à leurs persécuteurs, ou leur demander de les laisser tranquilles. Ici les signes objectifs sont tellement grossiers qu'il est inutile d'insister.

Les aliénés qui *nient* leurs hallucinations sont surtout des *mélancoliques* à idées de suicide. Les signes objectifs de leurs hallucinations sont ceux que nous avons rapportés plus haut.

Enfin, il est une catégorie de malades qui ne répondent pas plus aux questions qu'on leur fait à ce sujet que sur tous les autres : ce sont les malades en *état d'excitation*, quelle que soit d'ailleurs l'affection dont cette excitation est symptomatique. Leur défaut d'attention, leur agitation les met hors d'état de saisir ce que vous leur demandez et surtout d'y répondre correctement. Mais les attitudes qu'ils prennent suffisent amplement pour les révéler, d'autant qu'ils ne cherchent nullement à dissimuler. Ils se penchent comme pour écouter, répondent à leurs voix, etc. L'existence des hallucinations saute aux yeux les moins exercés.

Hallucinations de la vue. — Les signes objectifs de l'hallucination de la vue sont plus faciles à saisir. On observe parfois, sans raison apparente, des

changements de dimension de la pupille en rapport avec le rapprochement ou l'éloignement de l'hallucination visuelle. Ces modifications sont importantes à considérer quand on constate en même temps une attitude ou une expression particulière des traits.

Il y a quelquefois clignement des yeux, fermeture des paupières, qui déterminent à la longue des sillons et des plis permanents perpendiculaires à la direction des fibres musculaires mises en jeu. L'existence de ces rides, qui se remarquent exclusivement quelquefois dans la région péri-orbitaire, ont une certaine importance. Sous l'influence des hallucinations visuelles, il y a, comme pour celles de l'ouïe, rotation de la tête du côté où elle apparaît. La brusquerie du mouvement, sa direction presque toujours la même, doivent y faire penser en même temps que l'expression du regard, qui est étonné, terrifié ou extasié, ainsi que l'attitude générale du sujet en rapport avec cette attitude.

De plus les hallucinés de la vue ont souvent une sensation désagréable de l'œil, sensation de corps étranger, de picotement, qui les porte à se frotter les yeux.

Hallucinations du gout. — Les malades qui en sont atteints ont des mouvements de la langue et des lèvres comme lorsqu'on a mangé quelque chose d'amer qui laisse un mauvais goût dans la bouche. On les voit parfois cracher tout à coup, ou expulser de l'air brusquement avec une expression de profond dégoût, ou faire un happement des lèvres ou de la

langue. Quelquefois le cou se tend en avant comme on fait pour s'assurer de la nature exacte du goût qu'on perçoit.

Hallucinations de l'odorat. — Ce sont encore les réactions motrices qui nous les révèlent. Souvent les malades s'ingénient à se garantir contre les mauvaises odeurs qu'ils sentent, se couvrent la tête, s'accoutrent de façon bizarre pour se mettre à l'abri, se bouchent le nez, le froncent, etc.

Hallucinations de la sensibilité générale. — Ce ne sont guère que des soubresauts, des mouvements de fuite, de défense, qui en témoignent, soit localisés, soit généralisés.

C'est surtout chez les persécutés ou chez certains hypochondriaques qu'on observe ces manifestations pour les trois derniers genres d'hallucinations.

Tels sont les signes auxquels, chez des aliénés qui ne peuvent ou ne veulent pas parler, on peut constater la présence d'hallucinations.

Variétés et caractères des hallucinations.

L'hallucination consiste essentiellement dans une sensation sans perception réelle, dans l'objectivation d'un phénomène subjectif. Nous avons les hallucinations : de l'ouïe, de la vue, du goût, de l'odorat, de la sensibilité générale.

Hallucinations de l'ouïe. — Ce sont les plus compliquées et les plus fréquentes. On y distingue :

a) Les *hallucinations auditives* simples, bilatérales, unilatérales ou dédoublées ;

b) Les *hallucinations verbales psycho-motrices* d'articulation.

a) *Hallucinations auditives.* — Les malades croient d'abord entendre des bruits, des sifflements, des bruissements, des tintements (hallucinations élémentaires), des voix indistinctes, tantôt par les deux oreilles, tantôt par une seule. La surdité n'empêche pas les hallucinations de l'ouïe. Elles sont presque toujours de nature pénible : injures, menaces, prédictions fâcheuses, reproches, etc.

Les paroles semblent venir du dehors. Elles peuvent varier de nombre, d'intensité, de timbre, de netteté. C'est tantôt un monologue, tantôt un dialogue. Ce sont tantôt des voix hostiles seulement, tantôt des voix de défense répondant aux attaques. Quelquefois elles sont de caractère différent pour les deux oreilles.

Ce sont d'abord des voix inconnues, puis des voix connues, et auxquelles les malades ne se trompent pas.

Ils entendent aussi l'*écho de leur pensée.* A peine ont-ils une idée qu'ils l'entendent formuler à leurs côtés, d'où leur expression : on me vole ma pensée, qui est absolument caractéristique chez les hallucinés de l'ouïe, les persécutés en particulier.

b) *Hallucinations verbales psycho-motrices* (Séglas). — Ce sont les anciennes hallucinations psychiques de Baillarger. — Les malades sentent, plutôt qu'ils n'entendent en eux une voix intérieure chuchotée

qui leur parle soit dans la tête, soit dans la gorge, soit au creux épigastrique le plus souvent. Ils articulent malgré eux des paroles à voix basse, font des mouvements de la langue et des lèvres assez forts quelquefois pour s'en apercevoir eux-mêmes.

Ils n'ont pas le facies ordinaire des hallucinés de l'ouïe, qui ont l'aspect de personnes qui écoutent, dit M. Séglas. Ils remuent les lèvres comme des personnes qui parleraient seules. Lorsque ces hallucinations sont très accentuées, tout l'extérieur du malade peut revêtir un aspect particulier parfois caractéristique. Tel malade, par exemple, tenait constamment sa main serrée sur sa poitrine, espérant, à l'aide de la compression, faire cesser la voix de la région épigastrique. Certains malades essayent d'arrêter leurs mouvements d'articulation en se mettant quelque chose dans la bouche.

Ces hallucinations peuvent coexister avec les hallucinations auditives chez le même sujet. Quand elles sont incessantes, le mutisme peut en résulter, comme cela a été observé chez des mélancoliques (Voy. *Mutisme*). Elles sont souvent conscientes.

Hallucinations de la vue. — Ce sont les plus communes chez les gens sains d'esprit. Elles sont d'un pronostic infiniment moins grave que celles de l'ouïe chez les aliénés.

Elles se présentent sous forme d'ombres, de fantômes, de points lumineux (hallucinations élémentaires). Tantôt ce sont des personnages, ou des animaux précis. Tantôt leurs contours sont nets, tantôt

vagues. Tantôt elles se meuvent, tantôt elles sont fixes.

Elles sont en rapport tantôt avec les préoccupations délirantes du malade, tantôt avec une scène antérieure l'ayant vivement impressionné.

Elles sont quelquefois unilatérales, mais dans l'immense majorité des cas bilatérales. La cécité ne les empêche pas.

De même qu'il y a des hallucinations verbales psycho-motrices, de même il y a des *hallucinations verbales visuelles* dans lesquelles les malades voient des mots écrits, en lettres de feu par exemple.

Hallucinations du gout et de l'odorat. — Elles sont en général très élémentaires, et se confondent souvent avec les illusions des mêmes sens.

Tantôt ces hallucinations viennent du dehors, tantôt du dedans. Elles sont ordinairement plutôt désagréables qu'agréables.

Hallucinations de la sensibilité générale. — Elles peuvent porter sur les viscères, et en particulier les organes génitaux, ou sur le reste de l'organisme. Les hallucinations qui paraissent venir du dehors sont celles des persécutés. Celles qui viennent du dedans sont celles des hypochondriaques. On doit distinguer les hallucinations du tact qu'on observe surtout dans l'alcoolisme et dans la cocaïnomanie. Elles peuvent être localisées et mobiles, ou généralisées. Dans ce dernier cas on a affaire à de *hallucinations cénesthésiques* qui donnent au malade l'impression qu'il est changé en totalité, qu'il est

mort, qu'il est en bois, en pierre, qu'il est rapetissé, etc.

Rapport de fréquence des hallucinations. — Les hallucinations de l'ouïe sont les plus fréquentes chez les aliénés. Puis viennent les hallucinations de la vue communes dans les délires toxiques, névropathiques et fébriles.

Les hallucinations de la sensibilité générale passent après, puis celles du goût, de l'odorat et du tact.

De plus, elles *s'associent* entre elles de certaines façons et dans l'ordre de fréquence suivant :

Hallucinations de l'ouïe seules;
Ouïe et sensibilité générale;
Ouïe, sensibilité générale, odorat et goût;
Ouïe, odorat et goût;
Vue, ouïe, goût, odorat, sensibilité générale, (dans les formes aiguës);
Vue et tact (dans les délires toxiques).

Pronostic des hallucinations.

Hallucinations de l'ouïe. — Les hallucinations les plus graves sont celles de l'ouïe. Lorsqu'elles sont combinées avec celles de la sensibilité générale et des autres sens elles sont en général chroniques. Lorsqu'elles sont isolées elles sont moins graves et comportent le même pronostic que l'affection à laquelle elles sont liées.

Lorsqu'elles sont combinées à des hallucinations

de la vue, elles ont le même pronostic qu'elles, c'est-à-dire peu graves, étant ordinairement liées dans ces cas aux délires toxiques ou névropathiques.

Les hallucinations psycho-motrices comportent le même pronostic que l'affection où elles se rencontrent, la mélancolie le plus souvent. Elles peuvent être antérieures aux hallucinations auditives dans les affections chroniques, comme chez les persécutés.

Ce qui donne surtout un caractère grave aux hallucinations, c'est l'interprétation qu'en donnent les malades et la conviction qu'ils ont de leur réalité.

Hallucinations de la vue. — Elles ne sont pas graves en général. Elles sont liées en effet le plus souvent à des délires toxiques ou névropathiques, c'est-à-dire à des délires curables et assez passagers de leur nature. Les hallucinations de la vue qui sont mobiles sont les plus curables. Celles au contraire qui sont fixes appartiennent ordinairement à des formes systématisées et sont par conséquent d'un caractère plus grave. Néanmoins les malades qui sont hallucinés de la vue ont en général moins de foi dans leurs hallucinations que les hallucinés de l'ouïe.

Hallucinations de la sensibilité générale. — Les hallucinations du tact isolées ou combinées à celles de la vue sont en général peu graves. Celles, au contraire, qui sont en rapport avec des sensations internes sont du plus mauvais augure. Et celles qui sont en rapport avec des sensations extériorisées sont encore plus sérieuses. Du reste, il est excep-

tionnel de voir des hallucinations de la sensibilité générale isolées. Elles sont presque toujours combinées avec des hallucinations d'autres sens, en particulier de l'ouïe, ce qui est des plus mauvais. Chez les hypochondriaques seuls, peut-être, on observe des hallucinations de la sensibilité générale isolées et d'origine organique. Ce sont plutôt des illusions et des interprétations délirantes, ou des hallucinations cénesthésiques, que des hallucinations de la sensibilité générale.

Hallucinations du gout et de l'odorat. — Elles sont très rarement isolées, et appartiennent à des complexus symptomatiques ordinairement sérieux. Toutefois on les voit survenir, mais peut-être n'est-ce plutôt que de simples illusions et interprétations délirantes, dans le cours des états d'excitations, dans les formes aiguës et curables. Ce n'est que lorsqu'elles sont liées à des hallucinations systématiques de l'ouïe, sans participation de la vue, qu'elles ont un caractère de chronicité.

Traitement des hallucinations.

Le traitement des hallucinations ne diffère guère de celui de la vésanie qu'elles compliquent. En général du reste, on ne traite pas d'une façon spéciale les hallucinations. Les seules qu'on traite ce sont les hallucinations conscientes, non accompagnées de délire, et surtout celles de l'ouïe. Sous ce rapport malheureusement on n'a que peu de

moyens à sa disposition. Ceux qu'on emploie sont les moyens de traitement généraux des psychopathies. La galvanisation transcérébrale supprime quelquefois momentanément les hallucinations de l'ouïe. Malheureusement ce bon effet ne dure pas. Leur suspension a du moins l'avantage de prouver au malade la nature morbide de son trouble et de l'empêcher ainsi, au moins pour quelque temps, de verser dans l'interprétation délirante de son hallucination.

Séméiologie des hallucinations.

Les hallucinations étant connues dans leurs caractères objectifs, dans leurs variétés, dans leur fréquence, dans leur pronostic et leur traitement, il ne nous reste plus qu'à rechercher si, d'après leurs caractères seuls, nous pouvons porter un diagnostic, quelle est, en un mot, la valeur séméiologique de l'hallucination.

Hallucinations de l'ouïe. — Quand on constate des hallucinations de l'ouïe, soit cachées, soit avouées, on doit penser, suivant l'ordre de fréquence dans lequel elles se présentent, à :

1° *Délire de persécution;*
2° *Mélancolie;*
3° *Alcoolisme;*
4° *Manie;*
5° *Paralysie générale.*

On doit les grouper suivant qu'elles sont conscientes ou non.

Hallucinations conscientes. — Elles sont très nombreuses, et peuvent être antérieures ou consécutives à des hallucinations psycho-motrices. Elle peuvent être obsédantes (hallucinations obsédantes), ou bien l'idée obsédante s'accompagne d'une hallucination (obsession hallucinatoire). D'une façon générale, ces hallucinations sont de mauvais augure. De conscientes qu'elles sont, il peut arriver un moment où elles sont considérées par le malade comme réelles et servant de point de départ à un délire sensoriel. Elles indiquent en tous cas un individu sérieusement atteint psychiquement, et sur l'avenir duquel on doit faire de grandes réserves, d'autant plus que l'on n'a pas de moyens de traitement efficaces.

Ces hallucinations sont caractéristiques de la *dégénérescence mentale.*

Hallucinations inconscientes. — Le plus souvent les hallucinations sont admises par le malade comme l'expression de la réalité. Il y a alors délire.

1° *Délire de persécution.* — C'est dans le *délire de persécution* que l'hallucination de l'ouïe tient la plus grande place, et lorsque ces malades sont loquaces ils ne manquent pas d'y faire allusion immédiatement, en parlant de tous les gens qui leur disent des sottises, qui les injurient, les menacent dans la rue. On leur fait du bruit pour les empêcher de dormir, on leur chante des obscénités, etc. Ces hallucinations sont de caractère essentiellement pénible. Quelquefois il y a des hallucinations de défense et alors

le sujet assiste presque impassible à la lutte entre ses agresseurs et ses défenseurs.

Ce sont d'abord des bruits, puis des voix confuses, puis des voix plus précises, d'abord de personnes inconnues, puis des voix de personnes connues ou imaginaires, mais reconnues par le malade.

Ces hallucinations de l'ouïe sont les premières en date dans le délire de persécution, et elles y sont de la plus grande importance. Leur ténacité, leur augmentation continuelle, la croyance absolue qu'y ont les malades, leur netteté, sont des signes de chronicité absolue. Elles ne vont qu'en se développant et se compliquent bientôt d'autres hallucinations, en particulier de la sensibilité générale.

Mais ce qu'il y a de caractéristique, c'est qu'elles s'associent rapidement avec tous les autres genres d'hallucinations, sauf avec celles de *la vue*. Ce sont toujours des êtres invisibles qui parlent au malade.

Ces hallucinations, qui forment la base du délire de persécution chronique, sont le phénomène prédominant de la deuxième période, et sont souvent le point de départ du délire des grandeurs qui s'y surajoute pour former la troisième période.

Certains persécutés deviennent en effet mégalomanes sous l'influence d'une hallucination qui les désigne du nom d'un personnage illustre, d'où ressort la cause des persécutions qu'on dirige contre lui pour le léser dans ses droits et dans ses intérêts.

Le *pronostic* en est fatal au point de vue de la curabilité. En outre elles sont dangereuses au point

de vue social. Tout persécuté halluciné est dangereux à cause des réactions qu'il offre aux hallucinations pénibles, et qui consistent en plaintes, réclamations, injures, menaces, coups et blessures contre les individus qu'il croit ses persécuteurs sur l'indication de ses voix.

Dans la *pratique*, tout *persécuté* halluciné doit être interné, dès qu'il commence à porter des plaintes précises aux autorités.

2° *Mélancolie.* — Dans la *mélancolie*, les hallucinations auditives pures sont assez rares. Ce sont surtout les hallucinations psycho-motrices verbales qu'on rencontre. Nous les avons suffisamment examinées plus haut pour n'y plus revenir. C'est la parole intérieure qui se fait entendre, qui leur fait des reproches, qui formule leur pensée. On est ordinairement obligé de les rechercher et d'interroger les malades à leur sujet.

Il est indispensable de découvrir les hallucinations chez les mélancoliques. Elles commandent souvent les raptus, soit homicides, soit le plus souvent suicides. Elles sont d'autant plus importantes à diagnostiquer que le malade est dans le mutisme, d'où l'utilité des signes objectifs.

Le *pronostic* de ces hallucinations n'a rien de grave. Elles sont l'expression la plus haute du délire; elles n'en sont pas la base et disparaissent par conséquent avec lui.

Le *traitement* n'a donc absolument rien de spécial. C'est celui de la vésanie elle-même.

3° *Alcoolisme.* — Dans l'*alcoolisme subaigu*, les hallucinations de l'ouïe forment avec celles de la vue et du tact le fond même du délire. Le délire alcoolique, comme les délires toxiques en général, est un délire essentiellement hallucinatoire. Les hallucinations de l'ouïe y sont, comme celles de la vue, de caractère menaçant, terrifiant. Ou bien, au contraire, ce sont des chants, de la musique. Les deux genres alternent souvent entre eux, mais le premier prédomine. Quand le malade entend des paroles elles sont menaçantes, injurieuses.

Les malades les manifestent presque toujours, car dans leur délire ils viennent demander secours contre les gens qui les menacent.

Quelquefois sur ces hallucinations s'établit un délire systématisé de persécution qui persiste pendant un certain temps après la disparition des accidents aigus et disparaît ensuite. (Voy. *Idées de persécution.*)

Le *pronostic* de ces hallucinations n'a rien de grave. Elles disparaissent naturellement avec l'élimination de l'alcool.

Leur *traitement* se confond donc avec celui de l'alcoolisme.

4° *Manie.* — Dans la *manie* on observe quelquefois des hallucinations de l'ouïe, mais ce sont plus souvent des illusions que des hallucinations véritables. Elles n'ont, du reste, pas grande utilité pour le diagnostic et le pronostic.

5° *Paralysie générale.* — Nous n'insisterons pas

davantage, pour les mêmes raisons, sur les hallucinations de l'ouïe qu'on peut rencontrer, bien que rarement, dans la *paralysie générale* à forme mélancolique.

Hallucinations de la vue. — Les hallucinations de la vue se rencontrent dans quatre cas principaux :

1° Les *délires fébriles* ;
2° — *névropathiques* ;
3° — *toxiques* ;
4° — *mystiques*.

On peut aussi les observer plus rarement dans :

5° *Mélancolie ;*
6° *Manie ;*
7° *Paralysie générale.*

Les hallucinations de la vue sont les plus compatibles avec la raison, et sous ce rapport sont beaucoup plus fréquentes que celles de l'ouïe, ne fût-ce que les *hallucinations hypnagogiques* (Baillarger), c'est-à-dire celles qui surviennent entre la veille et le sommeil. Ce sont les plus communes et beaucoup de personnes, pour peu qu'elles soient un peu fatiguées, les éprouvent. Beaucoup de névropathes ont aussi des hallucinations de la vue d'une façon passagère. Ce sont elles qu'on observe le moins souvent dans les vésanies proprement dites :

1° *Délires fébriles.* — Les hallucinations visuelles des *délires fébriles* sont très mobiles, vagues, à contours indécis, tantôt tristes, tantôt gaies. Elles se

montrent surtout le soir, comme toutes les hallucinations de la vue du reste. Le délire de la fièvre typhoïde présente le type de ces hallucinations.

Chaque fois que l'hallucination apparaît d'une façon passagère, c'est sous forme d'hallucination de la vue qu'elle se montre. C'est dire qu'en général elles ne sont pas sérieuses.

On les observe surtout dans la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente, la variole, la pneumonie, le rhumatisme cérébral. Elles peuvent survenir au début, ou dans la période aiguë de l'affection et suivre les oscillations de la fièvre, ou apparaître seulement dans la convalescence.

Il est facile ordinairement de les rattacher à leur véritable cause, et elles n'entraînent pas de très violentes réactions du malade.

2° *Délires névropathiques.* — Les hallucinations de la vue se montrent fréquemment dans l'*hystérie*, l'*épilepsie*, la *chorée*, le *goitre exophthalmique*.

Dans les deux dernières périodes de l'*attaque hystérique*, ce sont les hallucinations de la vue qui déterminent les attitudes passionnelles et le délire. Ce sont alors des scènes tout entières qui se déroulent devant le malade, et qui s'accompagnent en même temps d'hallucinations de l'ouïe et de tous les sens. Le malade soutient une conversation suivie avec son entourage imaginaire. L'intercalation de soubresauts, d'arcs de cercle, de convulsions, éclaire suffisamment le diagnostic. De plus, c'est presque toujours le même tableau, la même succession de

scènes, de paroles, qui se déroulent. C'est stéréotypé, et ce caractère seul suffirait presque à les distinguer si, dans les délires épileptiques, cette identité entre les divers accès ne se retrouvait pas, mais avec beaucoup moins d'extension, de développement dans le délire.

Les hallucinations peuvent être très élémentaires et consister en lueurs, en fantômes noirs ou rouges, qui prennent quelquefois un caractère obsédant et surviennent en dehors des crises.

Quelquefois une hallucination de la vue est le départ de la crise.

Dans l'*épilepsie* elles peuvent apparaître avant ou après l'accès. Certains malades ont toujours la même hallucination qui se présente alors sous forme d'aura. C'est ordinairement un objet plus ou moins effrayant. Après l'attaque les hallucinations sont moins nettes. Elles s'accompagnent de paroles et d'actes remarquablement automatiques.

Le début et la fin en sont brusques. Elles déterminent des impulsions quelquefois terribles, qui rendent les malades extrêmement dangereux.

La *chorée* et le *goitre exophthalmique* s'accompagnent souvent d'hallucinations, le plus souvent d'hallucinations de la vue. Elles se montrent surtout chez les femmes et surviennent particulièrement le soir et dans la période hypnagogique. Elles sont de caractère pénible, effrayant, fantastique. Aussi déterminent-elles souvent de l'angoisse et peuvent-elles être le point de départ d'un vrai délire maniaque.

Chez les *enfants nerveux* on observe fréquemment

des terreurs nocturnes qui s'accompagnent d'hallucinations. On doit, dans ces cas, faire suivre aux enfants une hygiène intellectuelle et morale spéciale et un traitement hydrothérapique.

Les hallucinations de la vue chez les névropathes ne sont en somme jamais graves et ne servent pas de base à des délires vésaniques. Il est donc inutile d'intervenir spécialement contre elles. Il suffit de traiter l'état nerveux.

3° *Délires toxiques.* — L'hallucination de la vue est pour ainsi dire caractéristique des *délires toxiques.* Lorsque l'on voit les hallucinations de la vue prédominer chez certains malades atteints de vésanies telles que la manie, la mélancolie, le délire de persécution, on doit toujours se défier et penser à une complication d'origine toxique.

Dans le *délire alcoolique* les visions revêtent le plus souvent l'apparence d'animaux fantastiques ou naturels (zoopsie), rats, souris, chevaux, serpents, insectes, etc. qui accourent de toutes parts, et disparaissent on ne sait comment. Ou bien ce sont des figures humaines, grimaçantes, menaçantes, des spectres, des gens armés qui se précipitent sur les malades, avancent et reculent toujours menaçants, ou encore ce sont des précipices, des flammes, etc. Elles sont extrêmement mobiles, souvent très nettes, vont, viennent, avancent, reculent, et ne parlent pas ou parlent très peu.

Si ces hallucinations, faciles à reconnaître, ne sont pas d'origine alcoolique, laquelle, en dehors des

renseignements, de l'odeur d'alcool ou de vin exhalée, se manifeste encore par le tremblement, il faut penser aux solanées vireuses, à la belladone, au datura, ou au haschich, à l'opium, à l'aconit, ou enfin à la cocaïne. Nous ne citons, bien entendu, que les substances les plus couramment employées.

Les hallucinations du *haschich* sont plutôt de caractère gai, voluptueux. Il en est de même de celles de l'opium. Les pupilles sont contractées.

Celles de la *belladone*, du *datura*, de l'*aconit*, surviennent rapidement après l'ingestion de ces substances. Elles sont en général gaies. Les malades gesticulent, rient sans motif, etc. Les pupilles sont très dilatées.

Les hallucinations dues à la *cocaïne*, employée en injections hypodermiques, sont généralement pénibles. Elles consistent en ce que les malades voient de petits vers sortir de leur peau, qu'ils passent leur temps à chercher à extraire, et aussi en visions menaçantes de spectres, etc. Quand elles surviennent chez un morphinomane qui nie se servir de la cocaïne on peut facilement par leur présence découvrir la fraude.

Du reste il est un fait à retenir : c'est que jamais chez les morphinomanes, sauf exceptions très rares, il n'existe d'hallucinations en dehors de complications vésaniques ou toxiques autres que la morphine.

4° *Délire mystique.* — Les hallucinations visuelles tiennent la première place dans le *délire mystique.* Elles consistent dans des apparitions de Dieu, de

la Vierge, des saints, etc. Elles sont en général fixes, à contours assez précis, et muettes. Elles parlent quelquefois cependant pour donner des ordres, ou les montrent écrits sur des banderolles. S'il y a démonomanie, ce sont des diables, des silhouettes grimaçantes, terrifiantes qui apparaissent. Ou bien les malades assistent à des orgies obscènes, à des scènes de débauche, etc.

5° *Mélancolie.* — Dans la *mélancolie* les hallucinations de la vue sont exceptionnelles. Il faut se méfier, lorsqu'on les observe, de la présence d'un élément névropathique ou toxique surajouté. Quand elles existent, c'est sous une forme pénible. Les malades voient passer devant eux un cercueil, un corbillard qui leur sont destinés, les supplices qu'on prépare pour eux, etc.

Souvent aussi il n'y a pas réellement hallucination quoiqu'ils disent *voir*, mais simplement représentation mentale intense. C'est même là le cas le plus ordinaire, et les hallucinations de la vue sont rares dans la mélancolie.

6° *Manie.* — Dans la *manie* elles sont un peu plus fréquentes, mais dans aucun cas elles ne supplantent les illusions, qui restent toujours caractéristiques de la manie.

Quand on voit prédominer chez un maniaque des hallucinations de la vue de caractère pénible il faut songer à une excitation maniaque provoquée par une intoxication, ou à un délire névropathique.

7° *Paralysie générale.* — Dans la *paralysie générale*, à la période d'excitation maniaque, on en observe aussi quelquefois, mais très rarement. Elles n'ont aucune valeur au point de vue diagnostique, ni pronostique.

HALLUCINATIONS DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE. — Elles se rencontrent dans :

1° Les *délires de persécution* ;
2° Les *délires toxiques* ;
3° L'*hypochondrie* ;
4° Le *délire mystique*.

1° *Délires de persécution.* — Elles se rencontrent avec leur maximum de fréquence et d'intensité dans le *délire de persécution chronique* où elles peuvent revêtir toutes les formes de manifestations. Les malades sont électrisés, pincés, mordus, piqués, frappés. On les déchire, on tiraille leur chair, etc. Il est bon, lorsque les hallucinations n'ont pas ce caractère d'invraisemblance évidente, de savoir à quoi s'en tenir sur les accusations qu'elles poussent les malades à formuler.

Elles tiennent presque autant de place dans ce délire que les hallucinations de l'ouïe et en constituent une des bases les plus solides.

Dans les délires de persécution des alcooliques, ou des dégénérés (délire systématisé d'emblée) où la systématisation est moins nette, elles se montrent aussi très fréquemment, mais sont moins précises, surviennent plus brusquement, ont un caractère spé-

cial quelquefois, comme chez les alcooliques, où elles affectent surtout le tact.

Les hallucinations génitales y sont extrêmement fréquentes, surtout chez les femmes. Leur *pronostic* est toujours grave quand elles sont nombreuses.

2° *Délires toxiques.* — Dans le *délire alcoolique* elles revêtent la forme de fourmillements, de crampes, de pincements, d'élancements, de secousses. Les malades ont surtout la sensation d'animaux qui courent sur leur peau.

Dans l'*intoxication cocaïnique* l'hallucination est très spéciale, à la fois visuelle et tactile, les malades voyant des petits vers qui leur sortent de la peau et qu'ils extraient ou plutôt croient extraire avec la pointe d'une aiguille.

3° *Hypochondrie.* — Dans l'*hypochondrie* ce sont surtout de fausses sensations organiques. Les malades sentent des animaux qui les rongent intérieurement, ou bien ils éprouvent des douleurs, des brûlures causées par un cancer, une tumeur, l'obstruction de certains organes.

4° *Délire religieux.* — Dans le *délire religieux* les hallucinations génitales se montrent fréquemment. Les malades sont incubes ou succubes vis-à-vis du diable. Ils sentent en eux le démon, le ver rongeur des damnés. Ces hallucinations, ou plutôt ces sensations organiques faussement interprétées,

mènent facilement à un dédoublement de la personnalité.

Leur *pronostic* est donc sérieux.

HALLUCINATIONS DU GOUT ET DE L'ODORAT. — Elles ne sont presque jamais isolées, on les rencontre par ordre de fréquence dans :

1° *Délire de persécution* : goût et odorat (idées d'empoisonnement);

2° *Alcoolisme* : goût surtout (idées d'empoisonnement);

3° *Mélancolie* : goût surtout (idées d'empoisonnement, refus d'aliments);

4° *Manie* : odorat surtout (agréables ou désagréables);

5° *Hypochondrie* : goût et odorat (désagréables, idées de pourriture intérieure).

Elles n'ont pas grande importance diagnostique ni pronostique, aussi n'insisterons-nous pas davantage.

HALLUCINATIONS COMBINÉES. — Nous ne dirons qu'un mot des cas dans lesquels on observe des hallucinations de tous les sens. Ce sont des états d'excitation générale, délire syphilitique, délire aigu, délire hallucinatoire aigu, où la constatation des diverses hallucinations et de leurs caractères particuliers n'a pas grande importance au point de vue du diagnostic et du pronostic. Leur coexistence, leur multiplicité, leur rapidité d'apparition, leur manque

de netteté et leur mobilité en général montrent qu'on a affaire à une affection aiguë dont l'évolution, dans un sens ou dans l'autre, sera certainement rapide.

Conséquences pratiques. — Voici quelles sont les principales indications fournies par les hallucinations.

Quand elles sont de caractère menaçant, terrifiant, il faut craindre les réactions du malade, contre les autres s'il y a menaces, contre lui-même s'il y a crainte. On doit donc en général interner les malades qui ont des hallucinations pénibles.

Les hallucinations agréables ne le restent guère et peuvent exposer aux mêmes dangers, — chez les mystiques par exemple — d'où nécessité de l'internement aussi.

Quant aux hallucinations isolées, sans délire, liées à un état névropathique, il faut simplement traiter cet état nerveux et attendre l'éclosion du délire pour intervenir s'il y a lieu.

ÉTATS DE DÉPRESSION

Sous cette dénomination nous comprendrons tous les états dans lesquels on rencontre, à un degré quelconque, une diminution, un ralentissement des fonctions psychiques, déterminant de la tristesse et un sentiment pénible, et s'accompagnant d'amoindrissement dans les fonctions organiques. Ces états se caractérisent par deux ordres de phénomènes : 1° somatiques ; 2° psychiques.

1° *Phénomènes somatiques.* — Ce sont eux qui frappent les premiers. Suivant les différentes formes ils sont d'ailleurs plus ou moins accusés.

La dépression physique générale donne une attitude spéciale qui permet de reconnaître ces états, même de loin. La tête est penchée, les yeux regardent en bas; les traits sont tirés, la face altérée, amaigrie, non colorée, — à moins de congestion, comme après les repas, — le regard est morne et éteint, les commissures sont abaissées; le corps est courbé en avant, les bras croisés ou les mains étendues sur les genoux. Tout dans l'attitude témoigne de la fatigue, de la résignation, de l'affaissement général du malade. Parfois il semble comme engourdi et reste dans une immobilité prolongée, figé en

quelque sorte ou anxieux de ce qui va lui arriver. Enfin la stupeur, exagération de tous les phénomènes dépressifs, peut se montrer.

La voix est cassée, affaiblie, éteinte, chuchotée quelquefois et les paroles sont rares (Voy. *Troubles du langage*). Les malades ne vous regardent pas ou à peine quand ils vous causent. Chez les stupides la rareté du langage va jusqu'au mutisme (Voy. *Mutisme*).

Parfois survient une excitation factice sous l'influence de l'angoisse qui les oppresse.

Les troubles vaso-moteurs sont très marqués : mains froides, cyanosées, lèvres cyanosées, température générale abaissée.

Le pouls est lent, le cœur, atteint quelquefois, doit être surveillé. La respiration est ralentie, l'hématose se fait mal, d'où la crainte de congestions passives des poumons.

Les troubles digestifs sont presque constants, langue saburrale, dyspepsie flatulente, inappétence, anorexie. La peau est sèche. Les sécrétions sont taries; les sueurs et les larmes sont supprimées. La menstruation est enrayée.

La sensibilité est obtuse ou abolie dans les cas graves. Le sommeil est mauvais, pénible, fatigant, entrecoupé de rêves, de cauchemars, surtout le matin.

2° *Phénomènes psychiques.* — Ce qui domine c'est un sentiment douloureux de diminution de la personnalité, d'incapacité de vouloir, d'agir, d'aimer, de comprendre.

Le déprimé se sent changé, inférieur à ce qu'il

était, déchu à ses propres yeux. Aussi est-il humble, a-t-il l'horreur de lui-même poussée souvent jusqu'au suicide (Voy. *Idées de suicide*). Par suite de la diminution de sa volonté, il est indécis, et cette indécision est une grande cause de désespoir : il veut et ne peut pas vouloir.

Il sent en même temps ses forces diminuées.

Sous le rapport intellectuel il y a lenteur des conceptions jusqu'à arrêt presque complet, incapacité de l'attention pour tout ce qui n'est pas en rapport avec ce sentiment de douleur qui l'opprime.

Les sentiments affectifs sont diminués ; il y a une insensibilité morale extrême quelquefois. Les impressions sensorielles et morales sont confuses, et l'appréciation de tout ce qui se rapporte à lui est faussée par le malade.

Les troubles sensoriels consistent en hallucinations de l'ouïe, quelquefois de la vue, et surtout en hallucinations verbales psycho-motrices.

Au lieu de prendre pour point de départ, comme nous le ferons (Voy. *États d'excitation*) pour les états d'agitation, ceux qui sont symptomatiques, pour arriver à la manie vésanique, parce que les états d'excitation symptomatiques sont de beaucoup les plus fréquents, ici au contraire nous allons partir de la mélancolie typique pour mieux saisir les différences qui existent entre elle et les états de dépression secondaires ou symptomatiques qui ressemblent beaucoup moins à la vraie mélancolie que l'excitation maniaque à la manie.

La mélancolie typique affectant plusieurs formes

qui, sur un fond commun, diffèrent beaucoup entre elles par leurs manifestations, il est indispensable, quand on étudie la séméiologie de ces états mélancoliques, de passer d'abord en revue ces diverses formes, qui comportent chacune un diagnostic différentiel spécial. Il est évident par exemple que la mélancolie anxieuse, agitée, ne saurait être confondue avec les affections qu'on peut comparer à la mélancolie avec stupeur.

Voici donc quelle est la marche que nous allons suivre dans cette étude séméiologique. Après avoir fait l'exposé de la mélancolie, dont nous allons réduire les formes à quatre : 1° dépression mélancolique avec conscience ; 2° mélancolie simple ; 3° mélancolie anxieuse ; 4° mélancolie stupide, nous étudierons, à propos de chacune d'elles, leur pronostic et leurs indications, et leur diagnostic différentiel. En voici le tableau synoptique :

Suivant l'intensité.	*Dépression mélancolique avec conscience.* *Mélancolie simple.* — *anxieuse.* — *avec stupeur.*
Suivant la nature du délire.	*Mélancolie religieuse.* *Melancholia persecutoria.* *Mélancolie hypochondriaque.*
Suivant la cause....	*Mélancolie puerpérale.* — *sénile.* — *des onanistes.* — *liée à la fièvre typhoïde.* — *au rhumatisme.* — *syphilitique.* — *alcoolique.* — *dans l'épilepsie.* — *la chorée.* — *le goitre exophthalmique.*

Suivant l'état qu'elle complique.	*Folie à double forme.* *Paralysie générale.*
Suivant la marche.	*Mélancolie chronique.* — *périodique.*

EXAMEN GÉNÉRAL DES MÉLANCOLIQUES.

En présence d'un individu déprimé, ce qu'on reconnaît immédiatement aux caractères somatiques que nous avons exposés, on peut, par l'aspect extérieur, se rendre compte déjà à peu près de la catégorie à laquelle il appartient :

Attitude simplement déprimée, affaissée : dépression mélancolique simple, consciente.

Attitude de tristesse : mélancolie simple.

Attitude de désespoir et d'angoisse : mélancolie anxieuse.

Attitude stupide : mélancolie avec stupeur.

Chez tout mélancolique on doit examiner tout d'abord le côté moral. C'est le sentiment de dépression douloureuse qui est le symptôme primitif et capital. D'où vient donc la tristesse qui accable le sujet ? Il est bon de demander quelques renseignements étiologiques, si l'on peut, à l'entourage.

Y a-t-il eu des mélancoliques chez les ascendants directs ? On sait, en effet, que les descendants présentent souvent la même forme qu'eux, ce qui a son importance au point de vue des tendances au suicide, à l'hypochondrie, etc.

Y a-t-il eu des émotions morales, brusques ou continues ? des chagrins, des soucis, des maladies aiguës débilitantes ? Cela connu, il faut interroger

le sujet lui-même, et l'aborder avec une extrême douceur, d'un air compatissant et qui lui inspire confiance, avec une parole douce et d'un ton peu élevé. On apprend alors que la cause est tantôt intérieure, tantôt extérieure à l'individu. Nous résumerons les différents points de cet interrogatoire dans le tableau suivant.

Cause intérieure.	Scrupules .... Remords	Moraux. Affectifs. Religieux.
	Craintes........... Pressentiments.....	Conséquences d'actes accomplis par eux pour eux-mêmes ou pour autrui, réels ou imaginaires : malheurs à venir pour eux ou les leurs par leur faute.
	Manque de volonté. Sentiment d'impuissance	Conscient et sensé ou attribué à la damnation, à la possession, à un châtiment de fautes imaginaires.
Cause extérieure.	Événements	Indépendants de leur volonté mais dont ils s'accusent.
	Maladie............	Hypochondrie.

Pour le pronostic il est important de savoir si la cause de la douleur est réelle ou imaginaire.

La raison, réelle ou imaginaire, de leur tristesse étant connue, comment l'intelligence réagit-elle contre ce sentiment douloureux? L'explication que le malade en donne est juste, ou c'est l'interprétation fausse d'une chose vraie, ou c'est une explication imaginaire déduite logiquement ou au contraire provoquée par une hallucination.

Quelles en sont les réactions au point de vue volontaire ? C'est tantôt le suicide, pour échapper au déshonneur, aux châtiments, aux menaces, aux impulsions mauvaises, pour débarrasser sa famille, etc. (Voy. *Idées de suicide*). C'est tantôt des impulsions homicides, ou de l'anxiété, ou enfin des raptus violents sans but déterminé.

Les conséquences personnelles sont : le dédoublement de la personnalité, les idées de négation, de possession, de damnation.

Les conséquences morales sont : le sentiment d'humilité, l'indifférence au point de vue des affections, l'angoisse.

Les conséquences somatiques sont : des troubles digestifs, l'insomnie, le refus d'alimentation, l'expression douloureuse du visage. L'expression phonétique de la douleur consiste dans des cris et des plaintes ; l'expression mimique dans la contraction des traits ; l'expression réflexe dans des impulsions et des raptus.

La mise générale est négligée.

Au point de vue pratique il y a quatre points principaux à établir : la cause de la *douleur* ; l'existence du *délire* et des *hallucinations* ; le *suicide* et le *refus d'aliments* ; l'*insomnie* et les *troubles trophiques généraux*.

Voyons maintenant les différentes formes que peut affecter la mélancolie.

FORMES DE LA MÉLANCOLIE SUIVANT L'INTENSITÉ.

Dépression mélancolique avec conscience. — Ce qui caractérise cet état, commun, comme nous le

verrons plus loin, à des affections très différentes, c'est un sentiment général de dépression, d'affaissement, de manque d'énergie, d'épuisement. Les malades qui ont conscience de cet état, qui en suivent les progrès, luttent d'abord contre lui, continuent à faire à peu près leurs affaires. Ils ont un sentiment vague de tristesse , une sorte de pressentiment de quelque chose de malheureux qui va leur arriver, quoiqu'ils raisonnent leur état. Ils ont fréquemment alors des tendances hypochondriaques et sont disposés à croire à une maladie qui les mine sourdement. Ils ont parfois des accès de désespoir sans motif, et pleurent comme des enfants. Ils reconnaissent l'inanité de leurs préoccupations, mais se sentent incapables de les éloigner. Ils ont peur de devenir aliénés et se suicident fréquemment. Ils aiment l'immobilité, sont apathiques, ne s'intéressent plus à ce qui les entoure. Mais leur intelligence ne paraît pas troublée. Ils n'ont ni conceptions délirantes, ni hallucinations. Ils ont un sentiment de vide dans la tête. Leurs associations d'idées se font plus lentement, surtout pour les choses abstraites.

La *guérison* est ordinaire, mais les récidives sont fréquentes.

Le *traitement* consiste dans le changement de milieu, quelques voyages. Les hypnotiques pour régulariser le sommeil, des laxatifs pour faciliter l'évacuation du tube digestif, sont utiles comme adjuvants.

Mélancolie simple. — La mélancolie simple est un degré de plus que la dépression mélancolique. Le début est marqué par un malaise général, de

l'abattement, du dégoût de tout, des troubles diges tifs, de l'insomnie rebelle, des idées obsédantes, des douleurs de tête. La marche en est parfois très lente et peut mettre plusieurs mois avant d'arriver ; la période d'état.

Etat somatique. — La physionomie est triste, les traits contractés, l'attitude demi-fléchie; il y a tendance à l'immobilité et opposition au mouvement, quel qu'il soit. La voix est affaiblie, indistincte. La nutrition est mauvaise : il y a de la constipation opiniâtre, de l'amaigrissement, de l'anorexie.

Le cœur est ralenti, la respiration peu profonde.

La sensibilité générale est émoussée. Les désirs vénériens sont abolis. Les sécrétions sont taries-les règles supprimées. Il y a de l'insomnie, et des congestions céphaliques après le repas.

Les *raptus* sont fréquents. Il faut s'en méfier chez les malades qui ont des paresthésies ou des névralgies, des sentiments d'oppression avec peur de la mort, des hallucinations terrifientes. Ces raptus s'annoncent par des mouvements convulsifs. Les malades se tordent les bras, secouant la tête, tournent les yeux, contractent leurs traits. Ils ont des spasmes vaso-moteurs (sueurs, rougeurs, palpitations). A la suite du raptus il y a accalmie et repos. Le souvenir est peu précis. Aussi faut-il se garder de les confondre avec des impulsions épileptiques.

Etat psychique. — La dépression morale douloureuse est le symptôme principal. Elle va de la simple tristesse au désespoir le plus violent et à la résignation muette. La volonté est diminuée, ce qui

cause aux malades un sentiment très pénible. Ils sentent qu'ils ne peuvent pas vouloir, qu'ils ne savent se décider pour rien, et ils en sont profondément affligés, car ils comprennent qu'ils ne peuvent se livrer, dans ces conditions, à aucune occupation sérieuse.

L'intelligence subit le contre-coup de la dépression morale. Les conceptions sont ralenties. Toute idée devient douloureuse et obsède la conscience qu'elle absorbe, d'où résulte l'inattention pour tout ce qui n'est pas l'idée pénible.

Le malade raisonne pour s'expliquer son état, d'où délire d'humilité, de culpabilité, d'hypochondrie, de négation, de démonomanie.

Souvent il n'y a pas délire à proprement parler, mais simplement idée d'incapacité, d'indignité, d'humilité. Si la maladie est traitée à temps les choses en restent là, sinon elle aboutit au délire, accompagné même d'anxiété, ou de stupeur.

Les troubles sensoriels surviennent fréquemment.

Ils consistent en des erreurs des sens, des illusions de la vue qui leur montrent les objets sous des couleurs plus sombres que la réalité, des illusions de l'ouïe qui leur font interpréter faussement des paroles banales, et enfin, à un degré plus élevé, en hallucinations de la vue qui sont rares, de l'ouïe qui sont plus communes, et psycho-motrices verbales qui sont les plus fréquentes.

Si les mélancolies avec hallucinations sont très curables, tout mélancolique halluciné est néanmoins

dangereux. A tous égards un traitement énergique et précoce s'impose donc.

Autrement le malade peut se livrer à des tentatives de suicide, ou même, dans certains cas, d'homicide, et en arriver à un dédoublement complet de la personnalité ou à des idées de négation, deux troubles d'un caractère très grave au point de vue de la curabilité.

Mélancolie anxieuse. — Ce n'est au fond qu'une forme de la mélancolie simple aiguë dont elle ne diffère que par le mode de réaction motrice et volontaire.

Le phénomène capital est l'angoisse, et quelquefois la panophobie. Le malade est souvent, dès le début de la mélancolie, pris d'accès d'anxiété qui peuvent faire prévoir la marche ultérieure de l'affection. Cette angoisse s'accompagne d'oppression, d'aura qui monte au cerveau ; ou bien elle est provoquée par une obsession ou une hallucination terrifiante.

La réaction motrice est violente. Elle se traduit par de l'agitation, des cris, des gestes exagérés, des pleurs et des sanglots de désespoir, ou bien par des gémissements continuels et un va-et-vient sans but. Les malades font opposition à tout et ont des raptus subits. Ils sont sujets aux fugues (Voy. *Fugues*), aux tentatives de suicide (Voy. *Idées de suicide*), d'homicide (Voy. *Homicide*), et aux auto-mutilations Leurs discours sont parfois incohérents, mais traduisent toujours un délire triste.

Ils arrivent facilement au dédoublement de la

personnalité, au délire d'énormité (Voy. *Idées de grandeur*) et aux idées de négation (Voy. *Idées de négation*). Ils sont toujours en proie à des hallucinations terrifiantes (Voy. *Hallucinations*) et on doit tout particulièrement craindre le suicide, d'où la nécessité de les isoler rapidement et de les traiter énergiquement.

Mélancolie avec stupeur. — La stupeur, qui est un phénomène commun à plusieurs affections mentales (Voy. *Stupeur*), se rencontre assez fréquemment dans la mélancolie. Il est exceptionnel qu'elle y survienne d'emblée; c'est un aboutissant de la mélancolie simple ou anxieuse.

Nous n'insisterons pas sur l'aspect extérieur qu'on trouvera décrit plus loin. Il nous suffira de faire remarquer que sous une indifférence apparente se cache ordinairement un délire extrêmement actif, hallucinatoire le plus souvent, et que, sous l'influence de ces hallucinations et de ce délire, les malades sont sujets à des raptus violents, à des accès d'agitation anxieuse contre lesquels il faut toujours se mettre en garde, et surtout les mettre en garde eux-mêmes. On a vu au chapitre des *Hallucinations* à quels signes on pouvait reconnaître que ces malades, incapables de répondre aux questions qu'on leur adresse, ont des hallucinations. Ils sont en effet plongés dans un mutisme complet dont il est presque impossible de les faire sortir. Par moments ils prononcent à voix basse quelque mot incompréhensible, et c'est tout.

Ils s'opposent à tout ou, ce qui est plus rare, sont

d'une passivité absolue. Leur opposition se traduit par un phénomène dangereux, le refus d'alimentation, contre lequel il faut à tout prix lutter.

Ils présentent à un degré extrême tous les troubles somatiques qu'on rencontre dans les états de dépression, et que nous avons énumérés plus haut. Fréquemment ils offrent une rigidité cataleptiforme. Leurs réflexes sont abolis, leur sensibilité très émoussée. Ils ont de la sialorrhée, du gâtisme. Leur température est abaissée, et leurs extrémités sont cyanosées, etc., etc.

La guérison de la mélancolie stupide est loin d'être rare à moins que le traitement ne soit appliqué trop tardivement, auquel cas elle risque de passer à l'état de mélancolie chronique simple et de se transformer assez rapidement en démence.

FORMES DE LA MÉLANCOLIE SUIVANT LA NATURE DU DÉLIRE.

A côté de ces formes ou plutôt de ces degrés divers de la mélancolie, il faut distinguer des formes suivant la nature du délire.

Mélancolie religieuse. — Elle se montre surtout à la puberté et à la ménopause. Les malades ont des scrupules religieux, des remords de fautes imaginaires contre Dieu, la religion, des craintes de sacrilèges. Ils se sentent poussés à blasphémer, ont des doutes sur la foi, la peur de l'enfer, ils se sentent damnés. Tout ce qui touche à la religion leur fait horreur et cette horreur les épouvante. Ils ont des visions démoniaques, des hallucinations

psycho-motrices verbales qui leur manifestent la colère de Dieu. Ils sont pris d'accès d'agitation, d'angoisse et ont des tendances au suicide, à l'homicide, aux auto-mutilations, tout en les réprouvant. Ils se sentent poussés par une force indépendante de leur volonté aux actes les plus abominables à leurs yeux, et qui contrastent le plus avec leur vie passée et leurs tendances naturelles.

Cette forme s'accompagne fréquemment de conscience et est d'un *pronostic* assez sérieux.

Melancholia persecutoria. — Ici c'est un mélange d'idées mélancoliques et d'idées de persécution. En général, pour ne pas dire toujours, les malades de cette catégorie ont des hallucinations de l'ouïe, mais leur délire n'offre pas de systématisation comme les vrais délirants persécutés chroniques, avec lesquels il faut bien se garder de les confondre, car le pronostic est absolument différent. Tandis que les persécutés sont menacés injustement les mélancoliques croient l'être justement. C'est pour les punir de leurs fautes qu'on s'acharne après eux. Ils s'entendent accuser de crimes qu'ils n'ont pas commis, et menacer de châtiments et de supplices non mérités, par conséquent. Ils en arrivent à douter de ce qu'ils ont fait réellement ou se désolent des crimes dont on les accuse et des menaces qu'on leur fait, et dont ils attribuent la cause à des actes mal interprétés qu'ils ont commis.

La *guérison* se produit sous l'influence d'un traitement énergique dans la majorité des cas. Cependant chez certains héréditaires, ces idées de persécution

ont une certaine fixité et subsistent après la disparition du délire mélancolique, au moins en partie. Ils cherchent alors l'explication de leur état dans un sort qu'on leur a jeté, dans une persécution par jalousie, ou dans la possession du diable. Ces cas-là sont de très mauvais augure et ont bien des chances de se transformer en un délire de persécution systématisé et chronique.

Mélancolie hypochondriaque. — Au lieu d'attribuer à l'intervention du démon ou à des persécutions humaines les sensations plus ou moins bizarres qu'ils éprouvent dans les membres, le ventre, l'estomac, la tête, et qui sont en rapport avec des troubles digestifs ou vaso-moteurs, et des paresthésies et névralgies périphériques ou viscérales, les malades les attribuent à des maladies organiques, à des intoxications, des empoisonnements, etc. Ils reconnaissent qu'ils sont malades, mais croient que leur maladie est incurable.

Il ne faut pas confondre les mélancoliques hypochondriaques avec les hypochondriaques à dépression mélancolique. Tous les hypochondriaques sont plus ou moins déprimés, mais tous les mélancoliques ne sont pas hypochondriaques.

Ici nous avons simplement affaire à des mélancoliques ordinaires chez lesquels les préoccupations hypochondriaques occupent une place prépondérante, survenant à un moment donné comme une explication du sentiment pénible qu'ils éprouvent. Elles sont consécutives à la mélancolie, elles ne la précèdent pas, et n'en sont pas la cause. Le *pronostic* en est

tout autre. Car si l'hypochondrie est généralement chronique, la mélancolie hypochondriaque guérit souvent.

Les idées hypochondriaques sont fondées sur des désordres de la sensibilité organique. La gorge est bouchée, l'estomac rétréci, l'intestin trop étroit, la vessie ratatinée, etc., etc. Les malades n'ont plus ni estomac, ni cerveau. Ils sont en bois; leur cœur est arrêté. Ils sont morts, n'ont jamais existé. Ou bien ils sont immortels pour souffrir éternellement. C'est alors le délire de négation complètement développé (Voy. *Idées de négation*).

Cette forme peut encore guérir, mais beaucoup plus difficilement que toute autre. Elle passe souvent à la chronicité ou à la démence.

D'autres malades se figurent avoir en eux des animaux qui les rongent, qui mangent ce qu'ils prennent comme nourriture, qui les vident, etc.

Toutes ces formes sont graves et ont fréquemment tendance à la chronicité, à la systématisation du délire, qui devient alors plus circonscrit en même temps qu'il se fixe définitivement.

FORMES DE LA MÉLANCOLIE SUIVANT LA CAUSE.

La cause de l'affection peut lui imprimer certains caractères particuliers, sinon au point de vue des manifestations générales qui sont toujours les mêmes, tout au moins au point de vue de la prédominance de certains troubles, de l'évolution et du pronostic.

Mélancolie puerpérale. — Parmi les agents provocateurs de la folie il en est peu d'aussi importants que la puerpéralité. Pendant la grossesse la mélancolie se développe de préférence à la manie, pendant les trois derniers mois, tantôt sous la forme de mélancolie vraie, n'allant presque jamais jusqu'à l'anxiété et la stupeur, tantôt sous la forme simple de dépression mélancolique.

Elle cesse quelquefois avec l'accouchement, mais continue le plus souvent.

Après l'accouchement, la mélancolie se montre moins souvent que la manie et peut alors revêtir la forme mélancolique vraie et aller jusqu'à la stupeur.

Deux phénomènes sont remarquables : c'est l'aversion pour le mari et pour l'enfant, et les tendances suicides et homicides qui en découlent. Les malades détestent leur mari dont la vue leur est insupportable. Si elles tuent leur enfant ce n'est pas par haine, mais parce qu'elles se croient incapables de l'élever, qu'il aura plus tard à rougir de sa mère, que ce sera un malheureux de plus et qu'il vaut mieux le délivrer tout de suite de la vie. Les idées et le délire sont d'ailleurs semblables à ceux de la mélancolie ordinaire.

Il en est de même de la mélancolie survenue à la suite de la suppression de la lactation.

Pronostic. — La mélancolie puerpérale est curable à la première atteinte, moins toutefois que la manie ou la mélancolie ordinaire. Les récidives sont fréquentes, mais la folie puerpérale peut changer de forme et se montrer sous l'aspect de manie, ou ssou

une forme de mélancolie différente de la précédente. La chronicité peut survenir au second ou troisième accès.

La *durée* est la même que celle de la mélancolie ordinaire.

Traitement. — Contrairement à ce qu'on pourrait croire que la vue de leur enfant peut sortir les malades, mieux que toute autre chose, de leur tristesse, que l'affection de leur mari leur est indispentable pour les rassurer, cela ne fait que les irriter et aggraver leur état. Il faut donc, aussitôt que possible, supprimer mari et enfant de leur présence, l'enfant surtout à cause de la fréquence des impulsions homicides à son endroit, et au suicide consécutivement. Il ne faut donc pas les laisser allaiter leur enfant qu'elles pourraient être tentées d'étouffer. Quant au traitement c'est celui de la mélancolie ordinaire.

Mélancolie sénile. — Le caractère principal de la mélancolie à un âge avancé est la pauvreté du délire, résultat de l'affaiblissement psychique. Les idées délirantes sont niaises. Les malades sont surtout perplexes. Le cercle de leurs idées est très rétréci. Le langage, les plaintes sont monotones. C'est un rabâchement continu. Ils vont, viennent, sans savoir pourquoi ni où ils vont. Tantôt ils sont agités, tantôt stupides, et font une opposition absurde à tout ce qu'on veut leur faire faire. Leurs propos témoignent de contradictions perpétuelles. Ils manifestent un égoïsme étroit, et sont toujours mécontents de tout. Ils ont des idées de ruine, de persécution vague; ils

se croient ruinés parce qu'on les vole. Ils ont aussi des idées hypochondriaques : ils maigrissent et changent à vue d'œil, disent-ils. Quelquefois aussi ils ont des idées mystiques ou érotiques. Il leur arrive assez souvent d'avoir des impulsions violentes et de petits accès d'excitation. Les hallucinations de l'ouïe sont assez rares.

Quand les idées de suicide existent, elles sont maladroitement exécutées.

Le *pronostic* est mauvais, car la mélancolie passe souvent à la chronicité. Le champ du délire et des idées se rétrécit de plus en plus, et la démence survient ainsi progressivement. Cependant avec un traitement précoce on peut obtenir la guérison.

Ce *traitement* consiste dans l'isolement. S'il y a déchéance intellectuelle simple le repos à la campagne suffit.

A côté de la mélancolie sénile il faut placer celle qui survient à l'âge critique (*ménopause*). C'est une des époques où la mélancolie survient le plus fréquemment, et de toutes les formes d'aliénation c'est celle qu'on observe le plus à cette époque.

Elle affecte du reste les mêmes formes que la mélancolie vulgaire. Sa durée est quelquefois aussi longue que la période critique. Il n'y a pas toujours guérison complète, mais il persiste un état d'inquiétude, de malaise, de tristesse.

Chez les hommes de cinquante à soixante ans, au moment de la cessation de leurs affaires, par suite du désœuvrement, il survient souvent aussi de l'abatte-

ment, du découragement, avec des envies de pleurer sans raison, un état d'appréhension continuelle de quelque malheur qui va fondre sur eux, du *tædium vitæ* et une tendance au suicide.

Le *pronostic* est très variable. C'est un état souvent très passager, au moment du brusque changement de l'activité à l'inaction. Il y a chez eux comme une période d'hésitation, et si l'hérédité n'est pas chargée cet état de dépression est surmonté. L'individu cherche autour de lui quelque occupation non fatigante, reprend goût et intérêt à ce qui l'entoure. Mais chez les héréditaires on voit quelquefois survenir un état mélancolique à forme neurasthénique torpide. Ils ne peuvent plus marcher, sont épuisés au moindre effort, incapables de suite dans leurs idées, hantés souvent par des préoccupations hypochondriaques, irritables et égoïstes. C'est un état souvent chronique et menant à la démence.

Le *traitement* consiste dans un changement de milieu, des voyages, des occupations non fatigantes mais continues, et dans une direction morale ferme qui les empêche de se livrer à leur instabilité naturelle.

Mélancolie des onanistes. — Quand, chez un jeune sujet névropathe, on voit survenir sans cause appréciable de la mélancolie, il faut se méfier de l'onanisme qui en est une cause très fréquente dans ces conditions. Ce n'est pas une forme de mélancolie franche, mais un état de dépression morale, avec apathie intellectuelle et affaiblissement de la mémoire en particulier.

Les malades sont en proie à des vertiges, à des

sensations douloureuses dans la colonne vertébrale, à des névralgies des organes génitaux. Ils éprouvent de la constriction de la tête, des palpitations, de l'affaiblissement de la vue, de l'anxiété précordiale. Ils sont découragés, misanthropes, et aiment à s'isoler, ayant peur qu'on voie leurs habitudes sur leur visage. Ils ont de l'insomnie et de l'inappétence.

On peut observer deux formes principales :

1° En vertu de leurs sensations pénibles, qui ressemblent beaucoup à celles des neurasthéniques, les malades ont la plupart du temps des idées hypochondriaques. C'est la *forme hypochondriaque*, qui est la plus fréquente. Cette hypochondrie a trait souvent a leurs organes et à leurs fonctions sexuels. Ils se livrent souvent à la masturbation « pour expulser le sperme qui leur empoisonne le sang »

La guérison est lente et souvent la démence survient (Voy. *Démences précoces*).

2° La deuxième forme est la *forme démonomaniaque*.

Elle est basée sur leurs remords. Ils craignent la punition du ciel. La mélancolie prend la teinte religieuse. Ils ont des sensations de brûlure, de tiraillements dans les membres, la poitrine, les organes génitaux. Par moments ils sont sujets à des extases, puis sont pris d'accès de cris, de plaintes, d'agitation, de terreurs, dus à leurs idées de possession. Ils se mutilent souvent les organes génitaux, et ont des impulsions au suicide et à l'homicide,

Quant au *pronostic* il est mauvais, car la guérison est rare, et en tous cas toujours très lente. Il y a

tendance à la démence ou au délire systématisé, avec hallucinations et impulsions.

Mélancolie liée à la fièvre typhoïde. — Dans le cours de la fièvre typhoïde, c'est plutôt la manie que la mélancolie qui se développe, mais pendant la convalescence c'est le contraire. On constate alors une dépression générale avec obtusion intellectuelle prédominante (qui peut simuler la démence) ; de la diminution de la mémoire, qui persiste souvent après guérison complète ; des hallucinations confuses de l'ouïe et de la vue ; des idées vagues de persécution, des actes niais et absurdes et surtout de la tendance à la sitiophobie et au suicide. Ce qui donne un cachet particulier à cette mélancolie c'est son aspect démentiel.

La guérison est cependant la règle, et ce n'est qu'exceptionnellement que la démence persiste. Le *pronostic* est donc bon.

Le *traitement* est celui de la mélancolie ordinaire. Toutefois comme elle est souvent plus passagère il est inutile, quand elle n'est pas très accusée, de recourir à l'isolement. Un simple changement de milieu, en envoyant le malade en convalescence à la campagne, suffit le plus souvent.

Mélancolie liée au rhumatisme. — Dans le cours du rhumatisme c'est aussi la manie qu'on observe le plus souvent. Mais dans la convalescence c'est la mélancolie. Celle-ci peut affecter toutes les formes. Ce qui en fait le fond, c'est encore un état d'obtusion intellectuelle, plutôt que de dépression morale, et elle offre une grande analogie avec la mélancolie de la fièvre typhoïde.

Le *pronostic* n'est pas aussi bon que pour cette dernière, car elle ne guérit guère que trois fois sur cinq. Dans le reste des cas elle devient chronique ou plutôt laisse après elle de l'affaiblissement intellec-lectuel et même une sorte de démence légère.

Les *récidives* sont fréquentes comme les poussées articulaires elles-mêmes.

Le *traitement* est celui de la mélancolie vulgaire.

On peut appliquer les mêmes réflexions à la mélancolie qui se développe dans la convalescence d'autres *affections fébriles* telles que la variole.

Mélancolie liée à la syphilis. — A la période secondaire c'est plutôt la manie, ou pour mieux dire un état maniaque (Voy. *États d'excitation*), qui survient. Mais la mélancolie peut aussi se développer et cède en général facilement au traitement spécifique.

Pendant la période tertiaire on observe ce qu'on a appelé la forme mentale de la syphilis, laquelle peut être dépressive ou expansive.

La forme dépressive revêt les caractères de l'obtusion intellectuelle, de l'apathie, mais quelquefois aussi les allures de la mélancolie délirante, pouvant même aller jusqu'à la stupeur. L'obtusion intellectuelle fait le fond de cet état mélancolique dans lequel on voit survenir des idées de suicide et de persécution vagues, et qui est traversé par des accès d'excitation.

Le *pronostic* n'est pas très bon. Les rechutes sont fréquentes, et si la démence ne survient pas il persiste souvent un état d'hébétude plus ou moins mar-

qué rendant difficile la reprise des fonctions sociales du malade.

Le *diagnostic* est difficile en dehors de la connaissance des antécédents. Chaque fois cependant qu'on voit, surtout chez un adulte, de l'obtusion intellectuelle, un état démentiel se développer, il faut se défier d'avoir affaire à la syphilis, de même que si le sujet est âgé il s'agisse de vraie démence.

Le *traitement* spécifique doit être énergique, si l'on veut avoir quelque chance d'enrayer la mal.

Mélancolie alcoolique. — La folie alcoolique subaigüe prend presque toujours la forme mélancolique, car les hallucinations, qui en constituent le phénomène capital, sont de nature triste ou terrifiante.

Le malade en proie à des rêves et à des cauchemars pendant la nuit, les continue pendant le jour. Le délire alcoolique n'est qu'un rêve, a dit Lasègue. Ce sont surtout des rêves d'actions : le sujet voit des hommes qui le menacent de la voix et du geste (hallucinations de la vue et de l'ouïe.) Il a des illusions et des sensations douloureuses dans les membres, crampes, etc. Il se croit mangé par des animaux, voit des rats, des insectes courir sur lui. Les hallucinations auditives sont moins intenses que celles de la vue (Voy. *Hallucinations*) et sont plus confuses. Au milieu de la torpeur et de l'affaiblissement général auxquels la malade est en proie, ces hallucinations terrifiantes déterminent chez lui des accès d'agitation, et même de panophobie véritable. C'est surtout à la tombée de la nuit que le délire augmente.

Il se joint à l'état mélancolique des idées de persécution et des idées hypochondriaques. Le suicide est extrêmement fréquent chez les alcooliques de cette catégorie (Voy. *Idées de suicide*) soit qu'il résulte d'illusions dangereuses, soit qu'il soit un moyen choisi par le malade pour échapper à ses terreurs.

Le *pronostic* n'est pas inquiétant au point de vue de l'accès lui-même qui guérit toujours dans un laps de temps variant de quinze jours à deux mois environ. Mais il est grave en raison de la fréquence de suicide pendant les accès, et surtout de la fatalité avec laquelle ils se reproduisent, finissant un jour par amener la démence.

Le *traitement* consiste dans la suppression de l'alcool, qu'on ne peut le plus souvent obtenir qu'en internant le malade. L'isolement est du reste alors une précaution nécessaire contre les tentatives de suicide. L'opium, le chloral, la strychnine sont indiqués dès le début.

Mélancolie dans l'épilepsie. — Quand la dépression mélancolique survient dans l'épilepsie, ce qui est rare, c'est plutôt à la suite qu'avant ou dans l'intervalle des accès. Elle est surtout caractérisée par de la prostration, de l'hébétude. Il y a quelques hallucinations terrifiantes et des illusions, mais peu ou pas d'idées mélancoliques vraies.

Le *pronostic* est grave. La durée en est assez courte. Mais c'est un mauvais symptôme, car elle annonce souvent la démence. On conçoit que le diagnostic soit difficile si on a affaire à de l'épilepsie larvée.

Le *traitement* n'est autre que celui de l'épilepsie. En raison des impulsions auxquelles sont toujours sujets les épileptiques, et de la surveillance qui est nécessaire, il y a souvent lieu de conseiller l'internement.

Mélancolie dans la chorée et le goitre exophthalmique. — On peut voir survenir dans la chorée et le goitre exophthalmique, tantôt la mélancolie délirante, tantôt la mélancolie stupide. Elle s'accompagne d'hallucinations, d'idées de persécution et d'empoisonnement, de sitiophobie, d'idées de suicide, de terreurs, d'hébétude et d'amnésie.

Le *diagnostic* se fait surtout par les mouvements spéciaux dans la chorée, par la triade classique dans le goitre exophthalmique.

Le *pronostic* est toujours sérieux, car il indique les tendances vésaniques de l'individu, en outre de ses tendances névropathiques. C'est du reste une complication rare.

Le *traitement* est celui de la chorée elle-même ou de la maladie de Basedow. Mais l'isolement est indispensable dans la majorité des cas.

FORMES DE LA MÉLANCOLIE SYMPTOMATIQUE.

En dehors de la mélancolie survenant sous l'influence des causes pathologiques que nous venons d'examiner et qui ne sont que des agents provocateurs imprimant seulement une marche un peu spéciale à l'affection, on peut l'observer dans certaines formes d'aliénations qu'elle masque ou sert au con-

traire à caractériser. Ce sont la *folie à double forme* et la *paralysie générale* à forme dépressive.

Folie à double forme. — Nous verrons, à propos de l'excitation maniaque, en quoi consiste la folie à double forme. C'est une affection caractérisée par une alternance d'états mélancoliques et d'états maniaques avec ou sans intervalles lucides.

Sachons d'autre part que cette aliénation est une forme héréditaire, survenant chez des sujets relativement jeunes et incurables. Nous verrons les caractères particuliers de l'état maniaque de la folie à double forme. Nous devons nous demander maintenant si la mélancolie, qui en constitue une des phases, présente des caractères spéciaux permettant par eux-mêmes de porter le diagnostic de folie circulaire.

Il n'en est rien malheureusement, pas plus que pour l'état d'excitation maniaque qui forme l'autre phase.

Ces deux états pris isolément ne renferment aucun élément pathognomonique. Tout au plus peut-on y trouver quelques particularités. La seule base ferme de diagnostic c'est la périodicité et l'alternance des deux phases de caractère opposé.

Dans la folie circulaire la mélancolie revêt souvent la forme stupide, mais on observe tout, depuis la simple dépression jusqu'à la stupeur. Les malades sont tristes, passifs, résignés. Ils sont apathiques à l'excès. Le délire est en général peu intense et consiste dans quelques idées de culpabilité, de ruine, de persécution, de suicide.

Cette affection peut passer inaperçue lorsque les accès sont légers. La faible excitation est regardée comme normale et la dépression plus marquée fait croire à une mélancolie intermittente. Ce qui frappe, dans les accès de mélancolie comme dans ceux de manie de la folie à double forme, c'est l'uniformité de tous les accès. Au début, ces accès sont quelquefois très espacés l'un de l'autre et on peut alors les regarder chacun comme une vésanie différente. Mais, au bout d'un certain temps, ils se rapprochent et le cycle s'établit régulièrement. Lorsque chez un individu encore jeune on voit apparaître un accès de mélancolie après qu'il a eu autrefois un accès de manie, et ces deux accès durer à peu près le même temps, il faut se défier de la folie circulaire, surtout si l'accès de manie n'a pas été de la manie franche, mais de la simple excitation maniaque.

Le *pronostic* est des plus mauvais, puisqu'il y a incurabilité d'emblée. Les malades meurent ordinairement d'affections cérébrales organiques ou finissent dans la démence.

Il est bon de remarquer que si l'excitation maniaque nécessite souvent l'internement à cause des conséquences sociales qu'elle peut entraîner, il n'en est pas de même de l'accès mélancolique. Si celui-ci est léger, et ne se traduit que par un état d'apathie et de dépression, il est inutile d'interner le malade, puisque le *traitement* n'aura aucune efficacité, même pour diminuer la durée de l'accès.

Paralysie générale à forme dépressive. — Si la plupart des paralytiques généraux montrent à la

période prodromique une suractivité exagérée, certains autres, les femmes surtout, montrent des tendances mélancoliques. Souvent même l'excitation du début est consécutive à un état de dépression, commun, du reste, à presque toutes les formes d'aliénation, mais qui passe inaperçu. L'entourage du malade est d'ailleurs rassuré en voyant réapparaître son activité, qui va malheureusement se transformer bientôt en excitation.

Il faut se défier, car cette activité succédant à de la dépression peut et doit toujours faire craindre soit la folie circulaire, soit la paralysie générale. Les malades doivent donc être mis en surveillance, si on est appelé auprès d'eux à cette époque, ce qui est rare. La mémoire doit être alors examinée d'une façon toute particulière : son affaiblissement est un indice des plus précieux en faveur de la paralysie générale. Souvent aussi, dès cette époque, on remarque de la paresse des réflexes pupillaires, et même de l'inégalité des pupilles, des névralgies vagues, des douleurs indéterminées, et au moral de l'irritabilité et du changement d'humeur.

La dépression peut se montrer soit à la première, soit à la seconde période de la paralysie générale. Elle peut succéder à l'excitation la plus intense. On en observe deux variétés : *a*) mélancolique ; *b*) hypochondriaque.

a) *Variété mélancolique.* — C'est la plus commune chez la femme. Elle revêt les allures de la mélancolie vulgaire : idées de ruine, de culpabilité, de suicide. Mais ces idées sont peu fixes, mobiles, in-

cohérentes, contradictoires, absurdes. Et au milieu d'elles apparaissent tout à coup quelques idées de satisfaction. Les femmes ont de belles robes, de beaux yeux, de belles dents. Les hommes sont très forts, très intelligents. La mémoire est très affaiblie. La dépression va souvent jusqu'à la stupeur, qui diffère de celle de la mélancolie quand on y regarde de près. Le visage est triste, apathique, étonné plutôt que contracté comme chez les mélancoliques. Le regard est incertain au lieu d'être fixe et brillant. Les traits sont flasques au lieu d'être rigides. Parfois les malades font une opposition absolue à tout ce qu'on veut leur faire faire, et refusent en particulier les aliments. Ils n'ont pas d'hallucinations nettes. Ils sont gâteux le plus souvent.

b) *Variété hypochondriaque.* — Les paralytiques généraux de cette catégorie sont des négateurs ou des micromaniaques.

Les conceptions de nature hypochondriaque proprement dite ont un caractère d'absurdité remarquable, et les malades les émettent sans même chercher à en donner une explication quelconque, ce qui diffère d'avec les hypochondriaques ordinaires. Ils n'ont plus de corps, de cerveau, de bouche, de dents; ils ont la tête en bois, le cœur en pierre ; leur intestin est bouché, le corps est pourri. Ils ne peuvent plus déféquer ni uriner. Contrairement à ce qui a lieu dans la mélancolie ou l'hypochondrie, ce délire de négation ne se développe pas progressivement, par suite d'un trouble de la per-

sonnalité, mais apparaît d'emblée, sans motif, comme le délire ambitieux.

A côté de ce délire négateur existe le délire micro maniaque, qu'on a voulu considérer comme spécia. aussi à la paralysie générale. Sans être d'une valeur absolue, il est cependant plus caractéristique encore que le délire de négation. Les malades se voient rapetissés, ont des bras tout petits, la tête grosse comme celle d'un nouveau-né, etc., etc., et agissent en conséquence de cette petitesse imaginaire. Il leur arrive aussi de voir tout petit autour d'eux.

Chaque fois qu'on rencontre ces idées sous cette forme absurde, survenue d'emblée, et en dehors même de signes physiques caractéristiques, on doit se défier de la paralysie générale qui, en général, ne tarde pas à se manifester par des signes somatiques évidents.

Le *pronostic* est naturellement très grave, non seulement parce qu'il s'agit de paralysie générale mais parce que cette forme entraîne dès le début des troubles trophiques, une dénutrition rapide, qui en accélère la marche.

Pour peu qu'il y ait quelque signe physique, inégalité pupillaire, tremblements fibrillaires, hésitation de la parole, le *diagnostic* s'impose.

Il faut, à tout hasard, essayer le *traitement* spécifique. Le calme, le grand air, les soins hygiéniques suffisent, et à moins que ces conditions ne puissent être réunies dans le milieu ordinaire du malade il n'y a pas urgence à l'interner.

FORMES DE LA MÉLANCOLIE SUIVANT LA MARCHE.

Si on étudie maintenant la mélancolie suivant la marche qu'elle affecte, il ne nous reste plus à examiner que la mélancolie *périodique* et la mélancolie *chronique*, puisque nous avons déjà vu la folie circulaire.

Nous ne nous attarderons pas aux symptômes de ces deux formes qui n'offrent rien d'intéressant pour nous, puisque ce n'est guère que dans les asiles qu'on les observe, mais nous nous demanderons s'il y a des signes permettant de prévoir cette *périodicité* ou cette *chronicité.*

Il est impossible de dire, d'après les caractères d'un accès de mélancolie, s'il se reproduira ou non. Mais, d'une façon générale, on peut dire que la mélancolie, surtout lorsqu'elle survient chez un sujet encore jeune, chez une femme par exemple à la suite de couches, a toutes chances pour reparaître quelque jour. Au fur et à mesure que les accès se répètent, ils se rapprochent et finissent même par passer à l'état chronique.

Cette chronicité, toutes les formes de mélancolie peuvent y aboutir. Elle ne tient donc pas tant à la forme de la mélancolie qu'au fond sur lequel elle se développe et aux conditions extérieures dans lesquelles se trouve placé le malade, dont l'incurabilité ne dépend souvent que du retard apporté au traitement.

Quand la mélancolie devient chronique, les hallu-

cinations diminuent et disparaissent même, les idées délirantes sont peu actives, et leur cercle se rétrécit. L'attitude, les gestes sont automatiques; la vie organique reprend sa régularité, les troubles vasomoteurs disparaissent. Les malades, affaiblis psychiquement, rabâchent continuellement les mêmes choses, profèrent les mêmes plaintes, mais sont capables de se livrer de nouveau à des travaux assez faciles et ne demandant pas une attention trop soutenue.

Marche, durée, pronostic général.

La *marche* de la mélancolie primitive vésanique est toujours progressive, et la guérison n'a jamais lieu non plus d'une façon brusque.

Le début remonte toujours fort loin, quelquefois un an, deux ans en arrière du moment où la mélancolie éclate aux yeux. Aussi quand les malades sont complètement guéris est-on surpris de les voir mieux qu'ils n'étaient auparavant de tomber malades.

Les phénomènes se développent ordinairement dans l'ordre suivant : inaptitude aux mouvements musculaires, sentiment de fatigue, de paresse. Les malades sentent cet état et cherchent à lutter contre lui. Ils ont alors quelquefois des idées hypochondriaques vagues. Peu à peu l'activité intellectuelle diminue de plus en plus. Ils ont un sentiment de malaise, d'oppression, d'inquiétude, qu'ils ne s'expliquent pas. Le sommeil est troublé ou interrompu, ou lourd et fatigant plutôt que reposant à cause des cauchemars qui les hantent. En même

temps surviennent des troubles digestifs, inappétence, constipation.

La parole devient monotone, sourde, lente. Toute conversation les fatigue. Ils sont lents à répondre et à comprendre. Ils ne savent plus se décider à rien. La matinée est toujours plus mauvaise que la soirée, aussi est-ce dans la seconde partie de la nuit que les tentatives de suicide ont le plus souvent lieu.

La *durée*, chez un sujet jeune, à la première atteinte, ne présentant que de la dépression mélancolique, ne dépasse guère deux à quatre mois, quand le traitement est institué de bonne heure.

S'il y a du délire il faut en général compter six à huit mois. Au delà de deux ans la guérison est exceptionnelle. Les fortes anxiétés, les actes de désespoir qui en constituent une variété particulière (Voy. *Suicide*) sont des symptômes assez graves au point de vue de la prolongation de la maladie.

La *guérison* a d'autant plus de chances de se produire que la mélancolie est plus rapprochée de la forme de dépression sans délire. La mélancolie est du reste une des affections mentales qui guérissent le plus.

Les préoccupations hypochondriaques sont d'une guérison assez facile, si elles ne sont pas accompagnées de conceptions délirantes fixes.

La guérison subite est exceptionnelle. On ne doit même pas la désirer, car elle prédispose aux rechutes.

Toute cause d'épuisement, maladie ancienne, âge avancé, sont des conditions qui assombrissent le pronostic.

La stupeur, malgré sa gravité apparente, guérit dans les 90 p. 100 des cas.

Le délire des négations est du plus mauvais augure.

On ne doit point s'inquiéter de l'aggravation du matin. Il est bon de faire prendre aux mélancoliques un aliment quelconque dès le réveil pour la combattre.

Lorsque les hallucinations apparaissent au cours du délire mélancolique, non seulement elles lui donnent plus de gravité, mais encore elles rendent sa marche plus irrégulière en modifiant la direction des idées délirantes.

La *nostalgie* est en général de mauvais augure. Si, une fois une grande amélioration obtenue, on voit les malades s'attrister outre mesure de leur isolement et s'ennuyer, il vaut mieux les renvoyer dans leur famille ou à la campagne. Quelquefois, en choisissant à point nommé le moment de la sortie, on accélère une convalescence qui traîne un peu. Il faut bien distinguer le désir de rentrer chez soi des mélancoliques et des hypochondriaques. La nostalgie vraie se rencontre plutôt chez ces derniers. Le désir de reprendre ses occupations est un bon signe de convalescence; la nostalgie indique, au contraire, que l'internement n'est plus avantageux. Mais il ne faut pas se laisser tromper par les malades qui manifestent un violent besoin de rentrer dans leur

famille, non pour reprendre leurs occupations, mais simplement pour fuir le traitement. Lorsque cette raison apparaît, c'est un signe que le malade n'est pas encore guéri.

Tant qu'un malade ne veut pas avouer qu'il a été malade, il faut se défier de la guérison complète. car cela prouve que le doute, si léger qu'il soit, persiste encore dans son esprit sur la réalité de ses conceptions délirantes.

Indices de guérison. — Après une période stationnaire on observe d'abord des moments de calme, surtout le soir. Le malade convient qu'il se sent mieux, mais « il sait qu'il retombera ». L'espoir n'est pas encore revenu. Les traits changent, le regard, en particulier, n'est plus le même. La conversation est plus naturelle. Ces moments de calme sont de plus en plus fréquents et prolongés. Le sommeil reparaît plus calme, plus reposant. Les idées mélancoliques disparues le soir se montrent encore un peu le matin, dans la seconde partie de la nuit. Les malades se réveillent tristes, puis se rendorment tranquillement. Ce phénomène de retour du délire pendant la nuit existe d'ailleurs dans les autres vésanies.

Il arrive souvent qu'on voie survenir une légère suractivité psychique pendant la convalescence. Mais la gaieté exagérée des malades disparaît au bout de quelques semaines ordinairement, et tout rentre alors dans la normale.

Voici à peu près la progression que suit la guérison : Les malades acceptent d'abord l'idée de

guérir, puis ils se mettent à travailler, et s'intéressent de plus en plus à ce qu'ils font. Ils reprennent soin de leur tenue extérieure, de leur toilette.

Malgré leur tristesse, les mélancoliques ne pleurent pas ou rarement, sauf dans les formes où ils gémissent continuellement. Dans la convalescence, au contraire, les larmes reparaissent; les troubles vasomoteurs disparaissent aussi; la résistance électrique qui est ordinairement augmentée, diminue.

Le teint devient de plus en plus coloré et perd sa teinte terreuse.

La peau recouvre sa fermeté et sa souplesse.

Quelquefois il y a du gonflement des pieds et des jambes, qui annonce une détente du cœur.

Les idées s'associent avec plus de rapidité; ils comprennent avec plus de rapidité et répondent plus vite. Leurs sentiments affectifs normaux reparaissent enfin.

En même temps que l'état mental s'améliore, l'état physique se modifie donc aussi et la nutrition s'accomplissant mieux les malades engraissent.

Indices de chronicité. — Quand les mélancoliques marchent vers l'incurabilité on voit les hallucinations disparaître, sans que l'apathie cesse. Le sommeil revient sans amener plus de lucidité dans les idées pendant le jour. Les troubles vaso-moteurs disparaissent, les selles sont régulières, l'appétit suffisant. Mais le goût du travail ne se montre pas. Le champ des idées se rétrécit. Les malades tournent toujours dans le même cercle délirant. C'est l'au-

tomatisme qui règne dans leurs actes. En un mot l'amélioration morale n'est pas parallèle à l'amélioration physique. Les traits se relâchent, n'ont plus d'expression pénible, mais la physionomie est passive, indifférente. Ils sont en effet indifférents à tout et à tous, même à eux et négligent absolument les soins de toilette.

Quelquefois ils se mettent à maigrir, à se cachectiser et ils succombent au marasme abdominal.

La *mort* peut en effet se produire dans la mélancolie :

1° Par suicide ; 2° par accidents cérébraux organiques ; 3° par épuisement cérébral (strangulation du cerveau) comme dans le délire aigu ; 4° par les progrès de la démence, au bout d'un long temps dans ce cas.

Diagnostic différentiel des états mélancoliques.

En dehors de la mélancolie vraie dans ses différentes formes, et dans les différents cas où elle se montre avec ses caractères typiques comme manifestation d'affections nosographiquement distinctes, il y a des *états de dépression* qui doivent en être distingués. Ici la dépression n'est que secondaire. Elle est la conséquence de l'état morbide fondamental. Il peut arriver qu'elle en impose au premier abord, mais l'interrogatoire suffit rapidement à dissiper les doutes.

Voici les principales affections où s'observent des tendances dépressives :

a) *Prodromes des vésanies* ;
b) *Neurasthénie* ;
c) *Délire de persécution* ;
d) *Dégénérés obsédés* ;
e) *Masturbateurs.*

a) *Vésanies.* — Presque toutes les vésanies sont précédées d'un stade de dépression, d'une sorte d'inquiétude sans cause, de changement d'humeur, d'irritabilité, d'apathie, d'incapacité de travail soutenu, de perte d'appétit et de sommeil. Il est impossible de se prononcer à cette période. On est du reste rarement appelé à le faire ; mais quand on se trouve à même de l'observer dans une famille où l'on soigne un autre membre, il est bon de la mettre en garde contre l'éventualité d'une maladie qu'il est peut-être temps encore de détourner, en faisant suspendre les occupations du sujet pour lequel on a des craintes de ce genre, et en l'envoyant faire un voyage ou se reposer à la campagne

b) *Neurasthénie.* — Les neurasthéniques, et les hystéro-neurasthéniques surtout, sont par excellence des sujets déprimés. Mais les détails qu'ils donnent sur leur état, dont ils se plaignent avec tant d'abondance, et qui sont assez caractéristiques pour qu'il soit à peine besoin de les signaler ici — casque, vertiges, craquements de la nuque, plaque sacrée, aboulie, sensation de fatigue, insomnie, dyspepsie, paresthésies, névralgies, etc., etc. — sont amplement suffisants pour faire le diagnostic avec la mélancolie, où, bien au contraire, les malades

ne sont pas si prolixes et sont plutôt portés à vous dire qu'ils n'ont rien de maladif.

c) *Hypochondrie.* — Les hypochondriaques sont aussi des déprimés, sans cesse préoccupés qu'ils sont de leur maladie imaginaire, sur laquelle ils ne tarissent pas. Ceux qui se rapprochent plus des vrais mélancoliques ce sont ceux qui sont atteints d'hypochondrie morale, liée en général, du reste, à un certain degré d'hypochondrie physique. Ils vous racontent qu'ils n'aiment plus rien, que tout ce qui faisait leur bonheur autrefois ne leur cause plus aucune joie aujourd'hui, qu'il vaudrait mieux qu'ils fussent morts, mais qu'ils n'ont pas le courage de se tuer, et ils demandent qu'on leur en fournisse les moyens. Cette constante préoccupation de leur état moral et physique est assez caractéristique (Voy. *Idées hypochondriaques*) pour contraster avec la dépression mélancolique simple où les malades s'attribuent à eux-mêmes la cause de leur mal moral.

d) *Dégénérés.* — Les dégénérés obsédés (agoraphobie, folie du doute, etc.) sont des malades tristes, inquiets, toujours soucieux d'ailleurs de cacher leur maladie, de résister à leurs impulsions, et anxieux avec cela tant qu'ils ne les ont pas satisfaites. Ils viennent le plus souvent consulter d'eux-mêmes, étant parfaitement conscients de leur état.

e) *Masturbateurs.* — Chez les enfants et les adolescents qui se mettent tout à coup à devenir tristes, déprimés dans le jour, agités pendant leur sommeil,

avec des céphalées, de la fatigue des jambes, de la perte de mémoire, etc., on doit penser à l'onanisme qui, du reste, peut mener à la mélancolie des onanistes et à la démence.

Il est enfin certains malades qui, par leur aspect général, pourraient en imposer pour des mélancoliques. Ce sont :

a) Les *aphasiques*;
b) Les *amnésiques* ;
c) Les *abouliques* ;
d) Les *déments*.

a) *Aphasie*. — L'aphasie complète, accompagnée d'un léger état de démence, donne aux malades l'aspect déprimé des mélancoliques. Mais l'hémiplégie suffit déjà à elle seule à montrer qu'on a affaire à une lésion organique cérébrale, et l'examen du malade au point de vue du langage ne peut laisser de doutes (Voy. *Troubles de la parole*).

b) *Amnésie*. — Certaines amnésies très étendues revêtent l'aspect extérieur de la mélancolie. Par suite de leur absence de mémoire psychique, et quelquefois même organique, les malades restent apathiques, sans être capables de rien faire, les yeux dans le vide, sans mouvement, sans pensée. Le manque de souvenirs ôte toute animation à leurs traits, car aucune idée autre que celle du moment actuel ne vient leur traverser l'esprit et y éveiller des associations capables de renforcer l'émotion qui

peut y être liée. C'est à cette forme que j'ai donné le nom d'amnésie rétro-antérograde de conservation et de reproduction (Voy. *Troubles de la mémoire*).

c) *Aboulie.* — L'aboulie est un symptôme de la mélancolie confirmée. Mais, dans certains cas, elle peut constituer toute la maladie. Par suite de l'incapacité où le malade se trouve de vouloir quoi que ce soit, de se décider dans aucun sens, il reste immobile, vague, indéterminé, sans rien faire, sans avoir l'air de penser à rien de précis, l'esprit occupé quelquefois par une idée fixe qui annihile toutes les autres, et inhibe toute activité. La parole elle-même peut être touchée, mais plus rarement, et les malades vous expliquent alors pourquoi ils conservent leur attitude, incapables qu'ils sont de diriger leur pensée et leurs actes.

Leurs réponses sont lentes, du fait de la difficulté qu'ils ont à trouver leurs mots, à rassembler leurs idées. Ils n'ont du reste aucun délire.

d) *Démences.* — La démence soit précoce, soit sénile, soit toxique, etc., s'accompagne d'un état d'hébétude, qui peut être pris pour de la tristesse. Mais les antécédents, les signes physiques sont suffisants pour éliminer le diagnostic de mélancolie. Il n'y a que la démence avec stupeur (Voy. *Stupeur* et *Démence* p. 165 et 175) et la paralysie générale dépressive (Voy. plus haut, page 144) qui pourraient être confondues. Mais nous examinons ailleurs les signes spéciaux de ces différents états, et nous ne pouvons y insister davantage ici.

Traitement des états mélancoliques.

Trois choses sont à appliquer dans le traitement de la mélancolie confirmée : 1° l'*isolement*; 2° le *traitement moral*; 3° le *traitement physique*, qui n'est qu'un adjuvant, nécessaire il est vrai.

On conseille souvent, au début de la mélancolie, les distractions, les voyages, le travail. Peut-être tout à fait au début ces moyens ont-ils quelque action. Mais on n'est guère à même de les appliquer, n'étant jamais consulté à cette époque. Plus tard ils font plus de mal que de bien, en ne produisant qu'une plus grande fatigue morale et physique. La tristesse n'est que le résultat d'un trouble moral réel. Le mélancolique est d'abord mal à l'aise, irritable, incapable d'attention. Il se sent changer à son désavantage et en souffre. Tout plaisir imposé, bien loin de le distraire ne fait que l'exaspérer, car il se sent incapable d'en jouir, ou même indigne. En effet il cherche l'explication de ce changement qu'il éprouve et ne tarde pas à la trouver dans des fautes, soit religieuses, soit sociales, soit familiales, qu'il a *dû* commettre. Au lieu d'être attristé d'une faute dont il se souvient réellement, il cherche au contraire quelle faute il a pu commettre pour éprouver ainsi de l'angoisse et du remords, et, suivant ses tendances morales et intellectuelles, il fabrique bientôt des explications imaginaires qui ne sont autre chose que du délire.

Les distractions ne sauraient le tirer de cet état pour plusieurs raisons : 1° parce que toujours au

moment où la mélancolie devient apparente, en tant que maladie pour l'entourage, le début en remonte trop loin pour qu'on ait chance de l'enrayer; il ne s'agit donc pas de prophylaxie, mais de traitement; 2° du fait de la tendance dépressive de l'esprit, bien loin de se distraire, le malade est incapable de fixer son attention sur autre chose que ses idées pénibles; ou bien il se reproche de se trouver dans un lieu de plaisir, d'y dépenser de l'argent au lieu de travailler et d'être paresseux comme il se sent devenir; enfin, si par hasard il se surprend à s'intéresser un peu au plaisir qu'on lui offre il se le reproche et n'en est que plus triste ensuite; 3° l'attention, le pouvoir de synthèse psychique, étant très affaiblis dans la mélancolie, toute distraction forcée est pour le malade une cause de tension d'esprit fatigante, qui augmente son état d'épuisement psychique et aggrave sa maladie.

On ne manque pas de dire aussi au médecin qui conseille l'isolement qu'il est impossible qu'un malade triste puisse guérir loin de ceux qu'il aime, loin de sa maison, loin de sa famille, et que cet éloignement le rendra plus malade. Il n'y a qu'à répondre ceci : Après leur guérison, les malades vous avouent que rien ne leur était plus pénible que la vue des leurs, que le sentiment d'avoir été dans leur milieu tout autres qu'ils ne sont aujourd'hui leur était une cause de souffrance. En outre les mélancoliques voient faussement tout ce qui les entoure, et en même temps qu'ils se trouvent changés, ils croient que tout est aussi changé autour d'eux.

Lorsqu'ils se trouvent placés dans un autre mi-

lieu, soumis à une discipline spéciale, considérés comme des malades et non comme des coupables, comme ils le prétendent, ils s'aperçoivent qu'en réalité ils aimaient ceux dont la présence leur paraissait pénible, et le désir de les revoir, de reprendre leurs occupations qu'ils pensaient ne plus jamais ravoir, devient un puissant stimulant moral.

C'est ainsi que dans la folie puerpérale le fait est frappant : les deux êtres que les femmes détestent le plus, c'est leur mari et leur enfant. C'est un soulagement pour elles d'en être débarrassées et d'autant plus grand qu'elles ont fréquemment des impulsions de violence à leur égard.

En dehors de la question de thérapeutique, l'isolement est encore indispensable pour la surveillance, car il ne faut pas oublier les idées de suicide, toujours prêtes à éclore chez les mélancoliques, et dont on doit toujours se méfier dès que le malade est halluciné.

Il faut aussi prendre garde aux impulsions homicides chez les mélancoliques à idées mystiques, et chez ceux surtout qui ont des jeunes enfants.

On doit se défier de la quiétude apparente chez les mélancoliques. C'est au moment où ils paraissent le mieux qu'ils se suicident (Voy. *Idées de suicide*). Tout mélancolique à idées de suicide doit être interné et étroitement surveillé, et tout mélancolique halluciné peut en avoir. En attendant qu'on ait isolé le malade, on ne doit rien laisser à sa portée, ni cordons de vêtements, ou autres, tels que ceux des rideaux, ni ustensiles, tels que fourchettes, cuillers,

couteaux, dont ils puissent se faire une arme, ou qu'ils puissent avaler, ni médicaments dangereux.

Il faut leur enlever tous leurs vêtements en les couchant et les veiller de très près.

Le *traitement physique* consiste surtout à combattre l'*insomnie* et la *constipation*, deux points les plus importants et à surveiller l'*alimentation*. Le chloral, le sulfonal, la galvanisation cérébrale, rendent des services dans l'insommie. Les purgations, les grands bains sinapisés surtout, servent à combattre les troubles vaso-moteurs qui jouent un si grand rôle dans la mélancolie. Certains stimulants, comme la strychnine, l'arsenic, sont aussi d'un usage courant.

Mais le véritable traitement c'est le *traitement moral*, et ce traitement ne peut être fait que par un médecin habitué à ce genre de malades, et dans une maison de santé, où le malade, complètement isolé de sa famille, ne soit pas exposé à perdre les avantages de ce traitement du fait de l'intervention intempestive de gens qui, ne comprenant rien à son état, font généralement tout le contraire de ce qu'il faudrait.

On doit donc pratiquer un isolement rigoureux. Une visite, une lettre, suffisent à amener une dépression plus marquée. Toute correspondance, aussi bien adressée au malade que venant de lui, doit être supprimée. Il n'en souffre pas du reste, par suite de son indifférence à sa famille, à son travail, etc.

Quand on peut autoriser des visites, que ce soit d'abord celles d'étrangers, d'amis, et des parents les plus chers en dernier lieu. Ces visites doivent être espacées, et, dans l'intervalle, on fait faire au malade

des sorties progressives, d'abord dans des endroits calmes, puis plus bruyants, pour l'habituer peu à peu à synthétiser dans son esprit des impressions de plus en plus nombreuses.

Il ne faut jamais se lasser de les raisonner et de leur répéter les mêmes arguments; mais il faut être toujours logique, vraisemblable, sincère, ne pas les tromper et ne leur faire que des promesses qu'on peut tenir.

La plus grande circonspection est nécessaire, et il faut toujours se rappeler comme une règle inviolable que l'on ne gagne jamais rien à vouloir hâter une convalescence. Pour être bonne et solide, elle doit être lente et progressive. Plus on procède graduellement, moins elle se fait brusquement, plus la guérison est définitive et durable. Toute hâte risque d'amener soit un arrêt, soit une rechute légère qui recule d'autant le terme de la guérison.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette question du traitement des mélancoliques, puisque les praticiens n'auront guère à l'appliquer qu'au début. Mais il est cependant indispensable qu'ils en connaissent les grandes lignes, les points les plus importants pour qu'ils puissent renseigner la famille de leur malade, lui expliquer le pourquoi des prescriptions du médecin traitant, qu'on est toujours porté à croire intéressé à soigner ses malades le plus longtemps possible, raisonnement d'ailleurs absolument faux. (Pour plus de détails se reporter au chapitre général du *Traitement*.)

STUPEUR

La stupeur est constituée par un état de dépression extrême, une suppression complète de toute réaction générale, un véritable arrêt de toutes les fonctions physiologiques et psychiques.

La stupeur peut se montrer dans différents états morbides. Mais il faut distinguer entre la stupeur psychique ou stupeur hallucinatoire des Allemands, encore appelée stupeur active, et la stupeur organique ou passive. Dans le premier cas il y a un délire extrêmement actif sous une apparence d'inertie complète. Dans le second, au contraire, il y a suspension des fonctions intellectuelles.

Au point de vue clinique ces deux formes sont très importantes à distinguer, tant sous le rapport du diagnostic que sous celui du pronostic. On est guidé dans le pronostic par la marche lente ou rapide de la stupeur.

Stupeur à marche progressive : États mélancoliques et dépressifs.

Stupeur à marche brusque ou rapide : Démence primitive aiguë; intoxications; névroses.

STUPEUR A MARCHE PROGRESSIVE.

Tous les états mélancoliques peuvent aboutir à la stupeur. On la voit par ordre de fréquence dans :

1° La *mélancolie* ;
2° La *paralysie générale* ;
3° La *folie circulaire.*

1° **Mélancolie stupide.** — Ici la stupeur peut offrir le type hallucinatoire, actif, psychique. Les malades, sous un masque d'inertie absolue, cachent un délire très actif.

Elle succède ordinairement à la mélancolie simple ou anxieuse. Les traits sont douloureusement contractés, les yeux fixés à terre, les pupilles dilatées. Le regard est terrifié ou fixé dans la même direction et impossible à modifier. Le pouls est petit, les mains cyanosées. L'immobilité peut être complète. La sensibilité physique est annihilée, ou du moins les malades ne paraissent pas plus sentir que voir et entendre.

Quelquefois ils ont des gestes terrifiés, ou bien ils sont courbés en deux ou debout et figés dans la même attitude comme une statue.

Ils offrent alors une résistance systématique à tout. Ils refusent de manger, de parler. Le sommeil leur fait presque complètement défaut.

Parfois ils ont des raptus brusques, des accès d'agitation, des mouvements de terreur. Ils tournent les yeux d'un air suppliant ou épouvanté, sous l'empire de leurs hallucinations qui sont très intenses et

les clouent sur place, en leur interdisant quelquefois tout mouvement.

Leur défaut de volonté est extrême et va quelquefois jusqu'à les rendre gâteux.

Certains ont une véritable catalepsie.

Au point de vue physique ils ont des troubles vasomoteurs considérables, du refroidissement général, plus marqué aux extrémités ; les règles sont supprimées ainsi que les sueurs. La peau est sèche et rugueuse ; les cheveux cassent, tombent fréquemment.

La stupeur n'est pas un empêchement à la guérison. Les mélancoliques stupides guérissent au contraire très bien, comme du reste en général toutes les formes aiguës de l'aliénation mentale.

Quand la mélancolie stupide se prolonge plus d'une année elle aboutit rapidement à la démence.

2° **Paralysie générale**. — La paralysie générale. à forme mélancolique va fréquemment jusqu'à la stupeur, ce qui, quand les signes physiques font défaut, peut rendre le diagnostic difficile avec la mélancolie.

Cependant, même alors, il existe dans l'ensemble général des différences capables de faire naître le doute. Tout d'abord il y a les commémoratifs qui indiquent les troubles démentiels prémonitoires, en particulier les troubles amnésiques, l'oubli des convenances sociales, qui ne se trouvent pas chez les mélancoliques, lesquels se négligent dans leur tenue, mais ne se livrent jamais à aucun acte inconvenant.

Le regard n'est pas le même : il est atone, vague, incertain et non fixe, brillant, comme celui des mé-

lancoliques. Ils ont les traits flasques, le visage étonné et non contracté douloureusement. Ils sont apathiques, n'ont pas de raideur, sont plutôt inertes que résistants. Ils n'ont pas de raptus comme les mélancoliques.

On voit alterner cette forme stupide avec la forme exaltée, à laquelle elle succède alors. C'est une forme grave et dont la marche est rapide.

3° **Folie circulaire.** — La phase dépressive de la folie circulaire peut affecter la forme stupide. Là encore la stupeur apparaît progressivement, quoique plus rapidement que dans la mélancolie simple. La stupeur est alors délirante et hallucinatoire. C'est une forme rare de la folie circulaire.

Dans quelques cas, que les Allemands désignent du nom de stupeur continue, avec des alternatives brusques d'agitation, d'angoisse, de raptus violents et de stupeur apathique non délirante, non hallucinatoire, et séparées entre elles par des intervalles demi-lucides, les alternances sont ordinairement courtes.

Le pronostic est le même que pour la folie circulaire ordinaire.

STUPEUR A MARCHE RAPIDE OU BRUSQUE.

On la rencontre dans :

1° *Démence primitive aiguë* ;

2° *Intoxications et infections* : alcool, oxyde de carbone, influenza, fièvre typhoïde, syphilis ;

3° *Névroses* : hystérie, épilepsie, catatonie.

1° **Démence primitive aiguë.** — La démence primitive s'accompagne souvent de stupeur, hallucinatoire ou non. Le diagnostic est très difficile avec les diverses formes de stupeur démentielle. Et comme il peut y avoir aussi de l'inégalité pupillaire, de la lenteur de la parole, de l'hésitation de la marche, le diagnostic est délicat avec la paralysie générale.

Dans la stupeur et la démence primitive, le début est suraigu, l'expression du visage est niaise, la bouche est entr'ouverte et laisse écouler la salive. Il y a des sueurs profuses, avec un pouls lent et irrégulier. Il y a de la démence avec absence complète de volonté et sitiophobie.

Les muscles sont alternativement contractés et relâchés, et il y a du gâtisme. La peau est insensible. La conscience est nulle et la mémoire abolie.

Dans la mélancolie, le développement de la stupeur est progressif; les traits sont rigides, contractés, manifestent de l'angoisse et de la douleur. La peau est sèche, écailleuse; le pouls est petit, contracté. Le refus d'aliments est provoqué par le délire. La douleur est supportée, mais ressentie; il n'y a pas d'anesthésie véritable. Il y a plutôt de la rétention des selles que du gâtisme. Les muscles des bras et du tronc sont placés dans une flexion tonique qui traduit l'angoisse du sujet. Le souvenir est conservé de toutes les impressions éprouvées.

Les trois gros points de *diagnostic* sont la différence du début, l'aspect de la physionomie, et les troubles vaso-moteurs.

La guérison peut se produire, mais l'amnésie qui

persiste montre combien le cerveau a été touché, et assombrit le pronostic pour l'avenir. Il subsiste en effet presque toujours un certain affaiblissement intellectuel qui menace de mener à la démence chronique.

2° **Intoxications et infections.** — La notion d'origine est des plus importantes dans les formes que nous allons maintenant examiner, la connaissance de l'affection préexistante à la stupeur permettant d'éliminer immédiatement une série de cas.

Fièvre typhoïde. — Elle s'accompagne fréquemment d'un degré plus ou moins marqué d'adynamie et même de stupeur. C'est au moment de la convalescence que cette dernière se montre surtout, et se caractérise par de l'obtusion intellectuelle. Elle guérit ordinairement.

Influenza. — Elle a amené assez souvent une véritable stupeur avec abolition de la conscience, aboulie, insensibilité complète. Ces cas guérissent assez bien en général et disparaissent avec l'infection elle-même, mais ont souvent une convalescence assez longue avec dépression psychique, incapacité de travail, instabilité mentale.

Alcoolisme. — L'alcoolisme subaigu à forme mélancolique peut aller aussi jusqu'à la stupeur hallucinatoire. Le malade voit les spectacles les plus épouvantables se passer devant ses yeux et il est incapable de rien dire, de réagir d'aucune façon. Il est absolument terrifié et son visage traduit cette impression.

Si on ne connaissait pas l'existence de l'alcoolisme on en trouverait les signes dans le tremblement des mains et des lèvres. Il est sujet à des raptus violents, homicides ou suicides.

Sous l'influence de la suppression de l'alcool, la stupeur diminue, puis disparaît, mais laisse ordinairement derrière elle de l'abrutissement chronique avec affaiblissement intellectuel, diminution des facultés affectives et des sentiments moraux, et affaiblissement considérable de la volonté. Ces deux derniers troubles ne font que pousser davantage le malade dans la voie des excès alcooliques qui aggravent de plus en plus son état et le mènent à la démence. C'est toujours un signe grave de voir survenir la stupeur non pas tant au point de vue de la guérison, qui survient toujours dans ce cas, qu'à cause de la déchéance dans laquelle tombe le malade qui, après, ne peut que s'y enfoncer davantage. L'avenir est donc des plus inquiétants au point de vue du travail, qu'il est souvent incapable de reprendre, et des récidives auxquelles il est presque fatalement condamné, car rien n'est plus difficile que de surveiller un alcoolique en liberté.

Syphilis. — La stupeur syphilitique se rapproche beaucoup de celle de l'alcoolisme. C'est plutôt de l'abrutissement que de la stupeur véritable. On constate le plus souvent en même temps des signes de lésion centrale : ptosis, strabisme, parésie d'un membre, hémiplégie, etc.

L'état général est considérablement altéré. Lors-

qu'on a des doutes, il est du reste facile de les lever par le traitement spécifique.

On doit toujours pratiquer, dans les cas de stupeur, l'examen des urines, qui met souvent en effet sur la voie du diagnostic en y faisant découvrir du sucre ou de l'albumine. La présence d'un liséré plombique révèle de même l'existence de l'encéphalopathie saturnine. Le *diabète*, l'*urémie* et l'*intoxication saturnine* peuvent en effet déterminer des états subcomateux analogues à la stupeur comme aspect général.

3° **Névroses.** — La stupeur peut se montrer enfin dans l'épilepsie et l'hystérie.

Épilepsie. — A la suite d'un accès épileptique il y a presque toujours de la somnolence, un état d'abrutissement et même de stupeur, qui peut durer de quelques heures à quelques jours. La stupeur se montre en général à la suite d'une série d'accès ou après le sommeil consécutif. Il y a du mutisme ou un chuchotement incompréhensible avec association de mots par assonance. Le malade ne comprend pas ce qu'on lui dit. Il a des mouvements automatiques et quelquefois des accès de fureur (Voy. *États d'excitation*). Il a des hallucinations et surtout des illusions de la vue. Au sortir de cet état il n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. Quelquefois cependant il en a une vague conscience, qui se précise de plus en plus à mesure qu'il sort de sa stupeur, et cette lucidité est assez caractéristique.

La stupeur peut durer quelques semaines et même

des mois sous forme d'obtusion intellectuelle, avec des oscillations plus ou moins marquées, et alors la démence en est souvent la conséquence.

Hystérie. — L'hystérie peut amener trois états analogues à la stupeur; ce sont : l'*amnésie rétro-antérograde*, la *catalepsie* et la *catatonie*.

L'*ammnésie rétro-antérograde* (Voy. *Troubles de la mémoire*) survient à la suite d'émotions morales vives ayant elles-mêmes entraîné des sortes d'attaques frustes. A la suite, les malades perdent la mémoire d'un temps plus ou moins long antérieur à l'accident et même celle des mouvements automatiques secondaires; mais de plus ils perdent la faculté de retenir les images nouvelles, et leur vie est réduite à une succession d'impressions sans lien apparent entre elles.

Cette amnésie guérit avec le traitement psychique de l'hystérie, mais est ordinairement de longue durée.

La *catalepsie* survient à la suite d'attaques convulsives le plus souvent, ou constitue tout ou partie de l'attaque hystérique. Les malades en sortent brusquement en général. Elle dure peu et est caractérisée par une rigidité générale particulière, qui se prête à toutes les modifications qu'on veut lui faire subir, d'où le nom de *flexibilitas cerea* qu'on lui a donné.

On a décrit sous le nom de *catatonie* une forme d'aliénation qui paraît se développer surtout sur un fond hystérique. Elle est caractérisée par une raideur musculaire qui laisse les membres dans l'atti-

tude où on les met. Les malades ont un délire de gestes très développé : ils ont l'air d'agir en vertu d'hallucinations et prennent sans motif apparent des poses théâtrales. Ils ont aussi par moments une loquacité spéciale, la verbigération, qui consiste à répéter sans cesse la même phrase avec des intonations différentes, comme si c'était un discours pathétique, ainsi qu'en témoignent du moins les poses dont les malades l'accompagnent. D'autres fois ils ont des mouvements automatiques se reproduisant identiquement sous la même forme pendant très longtemps.

Ils ont un délire d'opposition très marqué pour tout ce qu'on veut leur faire faire, et tombent dans l'immobilité dès qu'on les abandonne à eux-mêmes. Le facies est niais, le sourire bête ; la bouche entr'ouverte laisse échapper la salive; quand ils n'ont pas de verbigération ils ont du mutisme. Ils paraissent avoir une insensibilité cutanée très marquée. La conscience est vague ; les hallucinations de l'ouïe sont fréquentes ; la mémoire est relativement conservée.

La guérison de cette forme rare est lente et progressive ; mais souvent la catatonie aboutit à la démence complète.

DÉMENCE

La démence, d'une façon générale, est caractérisée par un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles et morales, s'accompagnant, au bout d'un temps plus ou moins long, d'une déchéance physique.

On peut distinguer deux sortes de démences : *primitive* et *secondaire.*

La démence primitive peut survenir d'emblée : démence précoce, ou progressivement : démence sénile.

La démence secondaire peut être consécutive aux vésanies : démence vésanique, ou à des lésions organiques : démence organique.

Démences primitives : précoces, sénile.
Démences secondaires : vésaniques, organiques.

L'affaiblissement intellectuel est le fond même de la démence.

Les troubles de la sensibilité morale n'en sont en quelque sorte que la conséquence. Il ne faut pas confondre la démence avec la chronicité quand elle est l'aboutissant des vésanies.

DÉMENCES PRIMITIVES.

Nous allons prendre pour type de notre description la démence simple, la démence sénile.

1° **Démence sénile.** — La démence sénile survient par suite des progrès de l'âge, de l'atrophie cérébrale, de l'athérome.

On y distingue trois périodes.

Première période. — Le début se fait progressivement. Le niveau intellectuel baisse d'une façon générale, les malades ont de l'incapacité pour le travail, ils ont moins de mémoire, oublient les faits récents, ont des redites continuelles, leur attention est difficile à fixer, et leurs conceptions sont plus lentes. La conversation est un peu décousue; ils rabâchent souvent la même chose.

Le caractère change, devient irritable, égoïste; les sentiments affectifs diminuent. Ils deviennent avares, défiants. Ils sont parfois d'une sensiblerie exagérée et pleurnichent pour la moindre cause. Ils ont des caprices comme des enfants, et des colères si on ne les satisfait pas tout de suite. Crédules, ils se laissent facilement circonvenir, ajoutent foi aux calomnies.

Tantôt ils sont *excités*, tantôt *apathiques*.

Excités, ils sont violents, rancuniers, égoïstes, mobiles dans leurs projets; leur appétit est exagéré; leurs désirs vénériens reparaissent. Cette excitation cérébrale, qui plus tard fera place à de la dépression, peut aller jusqu'à la véritable excitation ma-

niaque, avec toutes ses conséquences (Voy. *États d'excitation*). Certains sont sans cesse en mouvement, marchent continuellement.

Apathiques, ils restent immobiles, ne veulent plus sortir, voir personne, préoccupés de leur santé (hypochondriaques), pleurant sans motif (mélancoliques). On peut voir survenir à cette période une vraie mélancolie avec hallucinations, un vrai délire de persécutions ou des idées hypochondriaques, souvent tout à la fois. Ce sont surtout les idées de vol, d'assassinat, de ruine, qui forment le fond de leur délire de persécution. Cela tient à ce que, par suite de leur amnésie, ils croient que les objets dont ils ne se rappellent plus la place ont été volés. La mobilité, la confusion de leurs idées délirantes, sont un des caractères de ces malades et prouvent la faiblesse de leurs conceptions intellectuelles.

Deuxième période. — C'est celle de la démence confirmée. L'oblitération des facultés est de plus en plus complète ; la mémoire est très affaiblie. Ils rabâchent sans cesse les choses anciennes et ne se souviennent plus des jours, de l'année. Ils font des confusions de personnes, des coq-à-l'âne dans la conversation. Les discours deviennent incohérents ; la parole est un peu embarrassée ; ils ânonnent, mâchonnent, ne finissent pas leurs phrases. L'écriture change, est tremblée, irrégulière ; il y a des mots passés, des fautes ; enfin elle devient illisible.

La volonté et le jugement s'affaiblissent également de plus en plus.

Quelques-uns peuvent encore se livrer à certaines

occupations automatiques dont l'exécution impose pour un reste d'intelligence.

Ils manquent de pudeur et oublient toute convenance. Ils se livrent à des actes incoordonnés, vont, viennent sans motif; volent quelquefois, se perdent, ou se livrent à des exhibitions obcènes. Ils déchirent, se déshabillent, manient leurs excréments et s'en souillent.

Du côté moral, leurs sentiments affectifs sont effacés, leur sens moral perdu.

Ils ont quelquefois des idées de suicide, ou de l'érotisme, ou des idées hypochondriaques ou de persécution. Fréquemment ils ont des hallucinations de l'ouïe ou de la vue, et des craintes d'empoisonnement, signe d'hallucinations du goût.

Les troubles physiques consistent en vertiges, affaiblissements parétiques des membres, tremblement des mains, de la langue; poussées congestives à la tête, somnolence après les repas. Souvent de petites attaques apoplectiformes de ramollissement surviennent aussi. La démarche est de plus en plus difficile.

Ils sont voraces; leurs digestions sont bonnes, mais il y a souvent de la constipation. Puis l'incontinence d'urine se montre et enfin le gâtisme complet.

La physionomie est indifférente et les traits sont flasques, immobiles, apathiques; la bouche est entr'ouverte et laisse écouler la salive; le regard est sans expression; l'attitude est déprimée, analogue à celle des mélancoliques stupides, moins la contraction douloureuse du visage. La tête reste

penchée sur la poitrine (relâchement des muscles de la nuque).

Troisième période. — C'est le gâtisme complet. Le décubitus dorsal est nécessaire ; des eschares surviennent, des paralysies, puis le marasme et la mort.

La *marche* est lentement régulière. Elle peut être entrecoupée d'accès délirants, d'attaques apoplectiformes qui l'aggravent et précipitent le dénouement. Sous l'influence des congestions cérébrales on voit survenir des accès d'excitation, de courte durée en général.

La mort survient par apoplexie, ou marasme, ou est la conséquence d'affections pulmonaires, cardiaques, d'accidents cérébraux le plus souvent. Une diarrhée incoercible est souvent l'indice d'une fin prochaine.

2° **Démences précoces.** — La démence sénile peut être considérée comme une démence primitive. A côté d'elle se trouve la démence précoce, qui n'en diffère que par la rapidité de la marche et le jeune âge des sujets.

On entend par démence précoce (Charpentier) un trouble mental chronique et incurable, survenant chez des sujets âgés de moins de trente ans et n'ayant pas présenté de maladies graves autres que celle qui a accompagné ou précédé la démence. On peut en décrire sept principales :

a) *Démence précoce simple ;*
b) *Démence épileptique ;*
c) *Démence syphilitique ;*

d) *Démence alcoolique;*
e) *Démence hébéphrénique;*
f) *Démence consécutive à des vésanies;*
g) *Démence consécutive à des maladies infectieuses.*

a) *Démence précoce simple.* — Elle peut survenir chez des enfants normaux, chargés d'une lourde hérédité. Il faut la distinguer de l'idiotie, qui consiste dans une absence de développement intellectuel, et non dans une régression de l'intelligence.

b) *Démence épileptique.* — Chez de jeunes épileptiques vertigineux ou à accès convulsifs, les vertiges et les accès disparaissent quelquefois pour faire place à la démence. Cette démence peut survenir spontanément du fait seul de l'épilepsie, ou bien être accélérée par l'alcool, l'onanisme, la syphilis, la tuberculose.

c) *Démence syphilitique.* — Elle n'a pas de caractère spécial, si ce n'est la présence de la syphilis. C'est quelquefois une fausse démence, une simple dépression intellectuelle avec incohérence, guérissant par le traitement spécifique. Il faut du reste penser toujours à la syphilis chez de jeunes sujets qui tombent, sans raison apparente, dans la démence. Elle s'accompagne fréquemment de paralysies des nerfs crâniens, ou d'éruptions caractéristiques.

d) *Démence alcoolique.* — Elle peut succéder au delirium tremens, à l'excitation maniaque, surtout après des accès prolongés, ou survenir après cessa-

tion des excès et au moment de la guérison apparente. Le début peut en être brusque, ou analogue à des accès d'ivresse subintrants. Le diagnostic en est difficile, à cause de la mobilité des phénomènes et de l'alternance de l'excitation et de la dépression.

c) *Démence hébéphrénique.* — On voit des cas de folie du doute, de monomanie raisonnante, aboutir rapidement à la démence chez de jeunes sujets. Il y a d'abord arrêt intellectuel au moment de la puberté, puis régression. L'onanisme en est une cause fréquente et en tous cas en précipite l'éclosion et l'évolution.

f) *Démence vésanique.* — Certains maniaques, mélancoliques ou persécutés et mystiques chroniques tombent très rapidement dans la démence. Il est à supposer que, dans ces cas, les troubles délirants ne sont que la première manifestation de la démence, et que celle-ci n'en est pas seulement l'aboutissant.

g) *Démence précoce consécutive aux maladies infectieuses ou aiguës.* — A la suite de la fièvre typhoïde et de la puerpéralité en particulier, il survient assez souvent un état mélancolique qui aboutit quelquefois très rapidement à la démence.

Diagnostic des démences précoces. — Ce diagnostic est le plus souvent impossible, car aucune ne présente de caractère spécial. Les seuls éléments de diagnostic sont fournis par l'anamnèse.

Au point de vue du diagnostic différentiel avec d'autres affections, on peut les diviser, avec M. Char-

pentier, en trois groupes suivant l'état du langage, de la parole, et de la motilité.

A. Ceux qui ne veulent ou ne peuvent pas parler (à distinguer des diverses formes de *stupeur*).

B. Ceux dont les réponses sont nulles ou monotones (à distinguer de la *stupeur* et de l'*imbécillité*). L'état antérieur de l'intelligence est le meilleur signe diagnostique.

C. Ceux chez lesquels domine l'incohérence (à distinguer de certaines *folies choréiques*, *hébéphréniques curables*, *fausses démences*, *mélancolie*. (Voy. *Etats de dépression*, et *Stupeur*.

Il faut toujours penser aussi à la *simulation*. Dans ce cas la guérison est rapide ; dès que le malade voit le médecin le considérer comme fou s'il est en prison, il demande son transfert dans un asile ou sa sortie. Dans l'asile on doit observer quels malades fréquente le simulateur : ce sont surtout les vicieux, les raisonnants, et non les vrais aliénés.

Pronostic. — Est-il possible, en présence d'un jeune sujet atteint de démence apparente, de prédire la curabilité ou l'incurabilité ? Les démences qui sont consécutives à l'alcoolisme, à l'onanisme, à la syphilis, ont le plus de chances de guérison; celles qui proviennent d'émotions morales pénibles, de dégénérescence mentale, peuvent encore guérir. Mais quand plusieurs de ces facteurs se trouvent réunis, le pronostic devient plus grave.

Le début a son importance : il vaut mieux qu'il soit brusque que lent et insidieux.

L'incohérence du langage, sans stupeur ni agitation, est de mauvais augure.

Les cas curables se rencontrent surtout chez les hystériques, les alcooliques et les dégénérés. C'est à certaines de ces démences que les Allemands donnent le nom de démences primitives aiguës, dont ils distinguent deux formes : 1° avec stupeur (hallucinatoire ou non) ; 2° sans stupeur. Mais ils confon dent avec elles les démences consécutives aux vésanies.

DÉMENCES SECONDAIRES.

Elles se distinguent en :

1° *Démences vésaniques* : manie, mélancolie, délire de persécution, folie circulaire, délire des dégénérés ;
2° *Démences organiques* : paralysie générale, épilepsie, alcoolisme, syphilis, apoplexie et tumeurs cérébrales.

1° **Démences vésaniques.** — Un certain nombre d'affections mentales chroniques peuvent passer à la démence. Mais tantôt la démence survient assez rapidement, et est l'aboutissant naturel de la folie; tantôt elle n'apparaît que par les progrès de l'âge et ne constitue dès lors que de la démence sénile survenant chez un aliéné au même titre que chez tout autre sujet.

La démence vésanique n'offre guère de différence avec la démence simple. Elle est toujours, comme

elle, constituée par les mêmes troubles de l'intelligence, de la sensibilité morale et de la volonté. Mais, jusque dans ses dernières périodes, le délire primitif laisse des traces dans les actes et les conceptions des malades.

C'est dans la *manie* et la *mélancolie* chronique qu'on voit le plus souvent survenir la démence d'une façon plus hâtive que l'âge des malades ne le comporterait.

Dans le *délire des persécutions*, la démence, dont on a voulu faire la phase ultime, est au contraire rare. Quand elle survient, c'est le plus souvent de la démence sénile traversée par les idées délirantes anciennes de persécution.

La *folie circulaire*, elle aussi, ne verse pas beaucoup dans la démence. Mais c'est une des formes où l'on observe le plus souvent des congestions et des apoplexies cérébrales. Aussi la démence survient-elle là au même titre que la démence apoplectique.

Enfin les formes bâtardes d'aliénation, auxquelles on a donné le nom de folie des dégénérés, sont de celles qui mènent le plus rapidement à la démence.

La démence vésanique peut durer de longues années. Quand la fin approche, on le reconnaît à la diminution des forces générales du malade. Son pouls devient petit et fréquent, sa tête s'incline sur la poitrine, l'appétit diminue, le gâtisme survient enfin, et, quand la diarrhée apparaît, la mort peut venir très vite. Les vestiges du délire disparaissent presque complètement et le malade devient un être purement végétatif, insensible à tout et à tous.

L'évolution est beaucoup plus lente que pour la démence sénile, et la différence porte surtout sur le passage de la première à de la deuxième période, qui se fait beaucoup moins vite. La succession de la seconde et de la troisième est, au contraire, presque aussi rapide.

La mort survient par épuisement, cachexie, marasme cérébral, congestion pulmonaire hypostatique, paralysie progressive, affections intestinales (diarrhée incoercible).

2° **Démences organiques.** — a) *Paralysie générale.* — Le type des démences organiques est la paralysie générale, sous forme de démence paralytique, sans délire surtout (Voy. *Diagnostic de la paralysie générale*). Mais que la paralysie générale soit ou non accompagnée de délire, ce qui en fait le fond c'est la démence.

La démence est un phénomène de début et qui précède le délire au lieu de le suivre, comme dans la démence vésanique. Elle apparaît entre trente-cinq et cinquante ans, à un âge où l'on ne peut songer à la démence sénile. Les troubles moteurs y sont plutôt ataxiques que paralytiques. La parole est hésitante ; il y a des tremblements fibrillaires de la langue, des lèvres, de la face. Les troubles moraux apparaissent dès le début et sont toujours très marqués. Il est inutile d'insister du reste ici sur les caractères de la démence paralytique (Voy. *Diagnostic de la paralysie générale*).

b) *Démence épileptique.* — Par suite des accès fré-

quents, des états de mal surtout, l'épuisement cérébral amène la démence qui paraît d'autant plus que l'intelligence des sujets était plus développée. Les conceptions deviennent de plus en plus lentes. C'est surtout l'abrutissement qui se remarque sur la physionomie des malades. Les lacunes intellectuelles sont quelquefois considérables, et les idées sont de plus en plus restreintes. Les malades, chose caractéristique, sentant au début cet affaiblissement, cherchent à le masquer en détaillant les choses les plus banales. (Cela ne se produit, bien entendu, que chez les gens antérieurement intelligents.) Cette démence est tantôt lente, comme dans les formes vertigineuses, tantôt rapide quand les accès se reproduisent fréquemment, et s'accentue surtout après les états de mal. On ne la reconnaît guère que par la présence d'accidents épileptiques.

c) *Démence alcoolique.* — L'alcoolisme mène fréquemment à une sorte de paralysie générale, pseudo-paralysie générale niée par les uns, affirmée par les autres. Le fait est que l'alcoolisme entraîne souvent une démence à laquelle se joignent un certain nombre de troubles physiques et moraux qui rappellent singulièrement ceux de la paralysie générale.

Lorsque ces troubles surviennent pour la première fois chez un sujet, avec une marche subaiguë, on peut espérer qu'ils guériront. Mais quand ils se prolongent ou que l'alcoolique est déjà ancien, il arrive souvent qu'ils tournent à la démence chronique, démence moins grave au point de vue de l'é-

volution que la démence paralytique, mais cependant incurable comme elle.

La marche est très variable et la durée peut être de quelques mois à plusieurs années.

A la suite d'excès alcooliques on voit quelquefois survenir un accès maniaque avec tremblement, troubles de la parole, incohérence du langage, idées ambitieuses, gloutonnerie, démarche hésitante, etc. Telle est la forme subaiguë. Dans la forme chronique, ce sont surtout les idées de persécution qui dominent au début, avec les hallucinations. Mais une fois ces éléments disparus, le fond démentiel persiste.

Les hallucinations, surtout vespérales et nocturnes, distinguent au début la démence alcoolique de la démence paralytique. Mais ce qui caractérise aussi la première, c'est la déchéance morale. Dans la paralysie générale ordinaire on voit à travers le délire des idées généreuses, élevées. Ici tous les sentiments affectifs, altruistes, sont affaiblis. Les idées délirantes sont vagues. Les alcooliques satisfaits sont apathiques, d'humeur très variable, pleurant et riant souvent sans motif.

La démence alcoolique est progressive aussi.

On doit être très réservé sur le *pronostic* de la démence alcoolique, car alors même qu'elle doit guérir, il est rare que le malade soit capable de reprendre suffisamment ses occupations. Elle est en outre aggravée par des attaques convulsives ou apoplectiformes, auxquelles les malades ont une grande tendance.

d) *Démence syphilitique.* — La distinction est pour ainsi dire impossible à faire entre cette démence et la paralysie générale vraie, qu'on tend de plus en plus à regarder comme toujours d'origine syphilitique.

La pseudo-paralysie générale syphilitique, ou la démence consécutive à des lésions syphilitiques chroniques, est caractérisée par les symptômes suivants.

Il y a plutôt des phénomènes d'apathie que d'excitation au point de vue psychique. Le développement est rapide, et les troubles démentiels sont inégalement répartis; outre l'affaiblissement intellectuel général on observe des lacunes considérables (démences partielles). La démence générale semble constituée par des démences partielles agglomérées. L'humeur est instable, le moral affaissé, les sentiments affectifs éteints. L'état mental se rapproche beaucoup de celui de la démence alcoolique.

Au point de vue physique on observe de l'anémie, des céphalées persistantes, des troubles paralytiques — ptosis, strabisme, aphasie passagère ou permanente — des convulsions cloniques, rares dans la paralysie générale, quelquefois des éruptions syphilitiques ou des lésions osseuses.

La marche est irrégulière, rémittente, mais il n'y a que très rarement guérison complète.

Le *pronostic* est toujours grave, sinon pour le présent, au moins pour l'avenir, à cause des rechutes presque fatales et de l'impossibilité où elles mettent le malade de reprendre ses occupations ordinaires.

e) *Démence apoplectique et par tumeurs cérébrales.* — On ne peut leur assigner aucun caractère spécial au point de vue psychique. Ce sont surtout les troubles moteurs, les commémoratifs, qui établissent le diagnostic. Dans le cas d'hémorrhagie cérébrale, de ramollissement, la démence secondaire se complique d'aphasie ou d'hémiplégie le plus souvent. Dans l'hémorrhagie la démence paraît plus grave au début que plus tard, par suite de la congestion cérébrale concomitante qui exagère les symptômes. Mais une fois la lésion définitivement constituée, il ne reste souvent qu'un léger degré de démence partielle.

Les aphasiques, sous ce rapport, peuvent se diviser en trois groupes : 1° ceux qui ont conservé toute leur intelligence ; 2° ceux qui l'ont manifestement affaiblie ; 3° ceux qui sont complètement déments. — Leurs sentiments affectifs sont toujours plus ou moins affaiblis.

Dans le ramollissement cérébral se faisant par petits îlots, la démence est progressive et s'accentue après chaque ictus. Elle a un plus mauvais pronostic que celle de l'hémorrhagie cérébrale.

Dans le cas de tumeurs cérébrales, il y a presque toujours des troubles paralytiques portant sur les nerfs crâniens, des troubles visuels en particulier, avec des céphalées plus ou moins violentes et persistantes. Ces tumeurs ayant toujours tendance à s'étendre, la démence progresse parallèlement à elles, et évolue en général d'une façon très rapide.

Considérations pratiques.

Il nous reste à présenter quelques considérations sur les précautions et les mesures pratiques qu'il y a à prendre avec les déments.

Ils sont souvent malpropres dès le début, mangent salement, bavent, renversent sur eux leurs aliments.

Ils deviennent toujours gâteux à un moment donné. Il faut alors les placer dans des lits spéciaux, d'où ils ne puissent pas tomber, et disposés de façon que leurs excréments et leur urine ne séjournent pas à leur contact.

Les eschares qui en résultent surviennent très vite, et précipitent la marche de la cachexie.

Il faut dans le jour les laisser, s'ils sont tranquilles, sur des sièges percés, les tenir avec la plus extrême propreté, non seulement pour eux, mais pour leur entourage, à cause de l'infection qu'ils répandent. Ils sont souvent très récalcitrants pour changer de linge, mais on doit passer outre, et si une seule personne ne suffit pas, il faut en employer le nombre nécessaire pour les maintenir.

La nourriture est à surveiller. Ils mangent en effet gloutonnement, et risquent de mourir d'asphyxie par corps étrangers des voies aériennes.

La régularité des selles doit être surveillée et entretenue par des laxatifs ou des lavements; on doit leur présenter le vase à heure fixe pour éviter autant que possible le gâtisme.

Il ne faut pas les laisser au soleil, surtout après

les repas, à cause des congestions qui peuvent en résulter.

Enfin ils ont des alternatives de calme et d'agitation. Dans ces derniers moments ils peuvent se livrer à des actes dangereux, soit pour eux-mêmes soit pour les autres. Il leur arrive assez fréquemment aussi, par le fait de leur manque de mémoire ou leur maladresse, ou leur inconscience, de mettre le feu. Dans ces différents cas, quand ils deviennent dangereux ou difficiles à maintenir dans la famille, et qu'on ne peut leur donner la surveillance constante qui leur est nécessaire, il est préférable de les placer dans des établissements spéciaux, à la campagne autant que possible, et au calme en tous cas.

AMNÉSIES

L'amnésie est un phénomène qu'on rencontre dans un très grand nombre d'affections du système nerveux. Nous n'examinerons pas ici tous les cas où elle se montre, mais seulement ceux où elle est intéressante pour nous, au point de vue du diagnostic de la maladie mentale où on l'observe. Ce que nous allons donc étudier ici ce n'est pas l'amnésie en général, mais l'amnésie dans l'aliénation mentale.

L'amnésie peut être générale ou partielle, progressive on brusque, permanente ou passagère, accidentelle ou périodique. Pour donner une idée d'ensemble des diverses amnésies, nous donnons ici le tableau complet des affections où nous pouvons la rencontrer. On jugera par là même quelles sont celles qui sont de notre ressort et celles que nous devons laisser de côté.

A. Amnésies progressives ou dysmnésies.

ADULTES.

Paralysie générale.

Organique. Incurable.	Pseudo-paralysies générales.	Syphilitique. Alcoolique. Saturnine.
	Démences	Sénile. Épileptique.

Organico-fonctionnelle. Curabilité possible à un certain degré.	Syphilis cérébrale.. .... Intoxication chronique......	Alcool. Morphine. Opium. Mercure, arsenic, plomb, etc.
	Auto - intoxication. Myxœ - dème..................	Opératoire. Spontané.

ENFANTS.

Organique. Incurable.	Idiotie. Méningite chronique.
Fonctionnelle. Curable.	Onanisme.

B. Amnésies à début brusque.

Fonctionnelles et apparentes. Curabilité variab e.	Épilesie. Traumatisme. Alcoolisme aigu. Chloroforme, éther. Syncope, coma, apoplexie. Strangulation. Submersion. Choc moral. Hystérie. Somnambulisme. Hypnotisme. Chorée. Puerpéralité. Éclampsie. Oxyde de carbone. Fièvre typhoïde. Typhus, peste, choléra, etc. Hémorrhagie. Surmenage, inanition, etc.

Organique ou fonctionnelle.	Amnésie partielle.	Aphasie. Amnésies par suggestio n.

C. Amnésies comme phénomène accessoire ou explicati f.

Hystérie.	Mélancolie.
Neurasthénie.	Stupeur.
Folie du doute.	Folie circulaire.
Manie.	Délire fébrile.

On le voit, il n'y a qu'un petit nombre d'affections où l'amnésie ait une valeur diagnostique importante pour les affections qui nous occupent ici. En dehors des dysnmésies (**A**), l'amnésie n'a guère qu'un intérêt pathogénique (**C**).

Comme toujours en clinique il faut se rappeler, quand on est en présence d'un malade, qu'on a deux choses à étudier : le malade et la maladie. Commençons par le malade.

L'amnésie peut être le phénomène principal ou même unique ; ou bien, au contraire, n'être qu'un symptôme qui doit être recherché pour éclairer le diagnostic ou formuler le pronostic. Suivant ces deux cas, le malade se présentera d'une façon différente au médecin.

Dans le premier cas le malade sait qu'il est amnésique (a) ; ou bien il ne le sait pas, et ce sont ses parents qui s'en sont aperçus (b) ; ou enfin le médecin est consulté pour un trouble que le vulgaire ne peut rattacher à l'amnésie et qui n'est de son domaine qu'au point de vue pathogénique (c).

C'est ainsi qu'un paralytique général au début vient consulter, parce que depuis quelque temps sa mémoire lui manque (a) ; qu'à la suite d'un traumatisme ayant entraîné de l'amnésie rétrograde, et antérograde, ce sont les personnes de l'entourage du malade qui l'amènent au médecin (b) ; qu'enfin un hystérique atteint d'abasie ou d'astasie viendra se faire soigner pour sa paralysie, qui n'est, en réalité, qu'un phénomène d'amnésie organique (c).

On conçoit dès lors combien l'attitude, l'aspect

général du malade sera différent dans ces divers cas. Les décrire serait faire le tableau des nombreuses maladies qui présentent de l'amnésie à un titre quelconque. Mais il est une variété cependant qui peut être l'objet d'une mention spéciale, c'est celle où l'amnésie constitue le phénomène morbide unique (b), telle que l'*amnésie antérograde de conservation* survenant à la suite d'une commotion morale ou physique.

Dans ce cas, en effet, l'aspect du malade, sans être caractéristique, a cependant quelque chose de personnel. Il faudrait, sans doute, un assez grand nombre de cas pour en donner un tableau complet, et ces cas sont très rares. Dans les deux cas que j'ai été à même d'observer, et où il s'agissait de deux femmes, les malades avaient l'air hébété, semblaient ne penser à rien, paraissant sortir d'un rêve lorsqu'on leur adressait la parole, ne la prenant pas spontanément. Les mouvements étaient lents, le regard éteint ; un sentiment d'apathie, d'atonie, se traduisait sur leur physionomie et dans toute leur attitude. Elles restaient volontiers immobiles, assises, la tête penchée, les mains sur les genoux, comme plongées dans une sorte de rêverie et peu ou pas sensibles à tout ce qui se passait autour d'elles. L'atonie des traits donne à la physionomie une certaine tristesse, et, au premier abord, on pourrait prendre ces malades pour des mélancoliques ou des paralytiques généraux à forme dépressive. Le regard cependant n'a ni l'éclat de celui des mélancoliques, ni la fixité dans le vide de celui des paraly-

tiques. Ce sont là du reste des nuances qui échappent à une description méthodique. C'est une affaire d'impression générale indéfinissable, mais qui fait tout de suite pressentir qu'on est en face d'une maladie qui ne rentre pas dans le cadre ordinaire des affections dont elle semble au premier abord se rapprocher.

L'interrogatoire des malades variera forcément suivant que ce sera le malade lui-même qui donnera des renseignements sur son état — examen direct — ou que ce seront les personnes de son entourage — examen indirect.

Lorsque l'amnésie n'est qu'un symptôme secondaire de l'affection, son importance n'est plus la même et l'interrogatoire n'a plus besoin d'avoir la même précision. Son intérêt réside surtout dans les déductions qu'on peut tirer de sa coïncidence avec les autres symptômes, au point de vue du pronostic de cette affection.

Sous le rapport séméiologique, le premier point à établir est de savoir si l'amnésie est progressive ou si elle a débuté brusquement. Les commémoratifs seuls permettent de l'établir, et on peut ainsi d'emblée éliminer toute une série d'affections.

A. DYSMNÉSIES OU AMNÉSIES PROGRESSIVES.

Paralysie générale. — En présence d'un affaiblissement de la mémoire, survenu progressivement, la première chose à laquelle on doive songer est une *démence*, et si l'on a affaire à un sujet dans la force de l'âge, de trente à cinquante ans, plus spéciale-

ment à la *paralysie générale*. La dysmnésie est en effet un des symptômes les plus caractéristiques et les plus constants de la paralysie générale. La mémoire est la première des facultés et quelquefois la seule au début qui soit atteinte. On peut donc être appelé à l'examiner avant tout autre signe, et quelquefois même c'est le malade lui-même qui vient consulter à ce sujet.

Pour peu qu'il s'y joigne quelque trouble somatique, si léger qu'il soit, tel que rares accrocs dans la parole, légère inégalité pupillaire, petit tremblement de l'écriture, le diagnostic de paralysie générale s'impose presque. Mais, en dehors même de ces troubles, toute dysmnésie, indiquant une lésion organique ou ayant tendance à le devenir, doit inspirer des craintes sérieuses pour l'avenir et ne pas être traitée à la légère.

A la période prodromique, l'amnésie peut être masquée par l'excitation générale, la dynamie fonctionnelle, qu'on observe si souvent au début. Elle sert, dès qu'on la constate, à éliminer le diagnostic de manie simple, dont le pronostic est tout autre.

L'amnésie de la paralysie générale ne se manifeste pas seulement dans le domaine intellectuel, mais aussi dans le domaine moral. Elle se traduit, au début tout au moins, plus encore peut-être dans les actes que dans les paroles, et, pour la constater, il faut s'adresser aux menus faits de la vie journalière.

Dans ce domaine, certains *actes des paralytiques* généraux sont tout à fait caractéristiques. Les plus

fréquents sont de se perdre dans la rue, d'oublier leur adresse, de faire deux fois la même chose sans s'en apercevoir, de négliger certains détails de leur toilette, de quitter un magasin sans payer leur achat, etc., etc. Cette amnésie amène une certaine incohérence dans leur conversation où ils passent tantôt d'un sujet à un autre, et tantôt se répètent. Il en résulte aussi une perte du sentiment des convenances, et c'est ainsi qu'ils se livrent à des actes extravagants, obscènes, délictueux.

En les faisant écrire on constate l'oubli de l'orthographe de certains mots, de lettres dans les mots, de membres de phrases, dont ils ne s'aperçoivent pas, et qui montre bien l'affaissement de leur mémoire et de leur intelligence en général. Les fugues (Voy. *Fugues*), si fréquentes dans la paralysie générale, peuvent être également rattachées à l'amnésie et ont une valeur considérable pour le diagnostic.

La dysmnésie de la paralysie générale porte sur toute la mémoire. C'est une *amnésie générale* comprenant les souvenirs intellectuels et moraux, moteurs et sensitifs. De plus, elle est essentiellement *progressive*, et ne rétrocède jamais, même dans les rémissions, où elle paraît cependant alors régressive. En réalité la régression ne porte que sur l'amnésie fonctionnelle surajoutée à l'amnésie vraie, et liée aux lésions secondaires de l'encéphale.

Dans la *forme paralytique*, où les troubles somatiques tiennent la première place, l'amnésie n'en existe pas moins, et, pour être constatée plus tardi-

vement, elle n'en est pas moins un signe différentiel de haute valeur avec la démence simple, ou l'ataxie vulgaire.

Dans la *forme congestive*, on pourrait être induit en erreur par l'amnésie qui accompagne la congestion cérébrale. Mais celle-ci porte plutôt sur les mots, les noms propres, les dates, que sur les idées mêmes. Il y a fréquemment aussi de la paraphasie et de plus, c'est une amnésie régressive. Chez un individu présentant de l'amnésie à la suite d'une première attaque de congestion cérébrale il sera donc bon d'attendre, avant de se prononcer, pour voir si, l'amnésie congestive ayant disparu, il ne persistera pas une dysmnésie progressive symptomatique de paralysie générale, comme la congestion cérébrale elle-même.

Dans la *forme mélancolique*, la constatation de l'amnésie est encore très importante. Le vrai mélancolique se souvient bien des événements récents, de ses conceptions délirantes, de ses hallucinations, et cela non seulement pendant son délire, mais après sa guérison. La mémoire est même exagérée, car tous ses souvenirs lui reviennent pour être interprétés dans le sens de son délire. Lorsqu'on constate de l'amnésie chez un mélancolique on doit donc toujours se tenir sur ses gardes et porter un pronostic des plus réservés.

Dans la *forme expansive*, l'amnésie se reconnaît comme dans l'excitation du début.

Dans la *forme épileptique* ou *convulsive*, on constate une double amnésie : celle de l'attaque qui est

brusque, complète et temporaire, et celle de la paralysie qui est progressive, incomplète et permanente.

Chez la *femme*, l'amnésie prend d'autant plus d'importance que la femme a plus de mémoire que l'homme, et que son altération apparaît mieux par conséquent.

Pseudo-paralysies générales. — L'amnésie dans les pseudo-paralysies générales, alcoolique, syphilitique, saturnine, offre des caractères tout à fait analogues à ceux de la paralysie générale vraie. C'est également une amnésie organique, vraie, progressive, mais régressive. Aussi la véritable pierre de touche dans ces cas est-elle le traitement.

Démence épileptique. — On peut rencontrer dans ce cas trois sortes d'amnésies : 1° l'amnésie liée aux paroxysmes : temporaire et permanente ; — 2° l'amnésie fonctionnelle, liée à l'épuisement général des centres nerveux qui n'ont pas le temps, entre deux paroxysmes, de recouvrer leur intégrité : amnésie apparente générale, progressive et régressive, relativement curable ; — 3° enfin l'amnésie organique liée aux lésions corticales qui entraînent à la longue les paroxysmes épileptiques : laquelle est vraie, générale, progressive, non régressive et incurable.

Du reste il est inutile d'insister, l'amnésie n'étant pas un élément essentiel du diagnostic de la démence épileptique.

Démence sénile. — La dysmnésie lente, progressive, est un des phénomènes capitaux de la démence sénile. Elle se produit suivant certaines lois,

lois de régression de la mémoire qui sont les suivantes : 1° les faits récents disparaissent avant les faits anciens ; 2° les connaissances intellectuelles se perdent peu à peu, les plus complexes avant les plus simples, les plus abstraites avant les plus concrètes ; 3° les sentiments s'effacent après les idées ; 4° les acquisitions qui résistent en dernier lieu sont les organiques.

Syphilis cérébrale. — C'est dans la première variété de la forme mentale de la syphilis, variété caractérisée par de la dépression intellectuelle, que se rencontre l'amnésie.

Elle se produit de trois façons différentes : 1° le plus souvent c'est un affaiblissement graduel, progressif de la mémoire ; elle n'a aucun caractère spécial ; elle est générale et obéit à la loi de régression de la mémoire ; — 2° moins fréquemment l'amnésie survient et s'accroît par saccades, à la suite d'ictus congestifs, de crises apoplectiformes ou d'accès épileptiques ; — 3° enfin, exceptionnellement, l'amnésie complète peut survenir brusquement (ictus amnésique de Fournier).

L'amnésie syphilitique n'a aucun caractère psychologique spécial qui permette par son seul examen de porter le diagnostic de syphilis. Sa curabilité sous l'influence du traitement en est la seule marque distinctive.

Elle est curable quand elle prise à temps. Néanmoins son pronostic est toujours sérieux, car c'est dans les formes intellectuelles que la syphilis est le plus rebelle au traitement.

Alcoolisme chronique. — Ici encore l'amnésie n'est qu'un phénomène en quelque sorte accessoire. Elle ne présente au point de vue du diagnostic aucun caractère spécial. Néanmoins elle porte plus spécialement sur les mots et frappe moins les idées que dans la paralysie générale.

De plus, contrairement à ce qui se passe dans les démences organiques, les souvenirs anciens paraissent plus effacés que les récents. C'est là un phénomène dont il est inutile de fournir ici l'explication que nous avons cherché à en donner (1). Le principal est de signaler ce fait clinique.

La dysmnésie alcoolique est tout d'abord fonctionnelle, puis elle devient organique, si l'individu continue à s'alcooliser. Lorsqu'il s'y joint de l'hébétude intellectuelle et morale on peut croire à de la paralysie générale, survenant chez un alcoolique, ou à de la pseudo-paralysie générale alcoolique. Comme dans la syphilis il n'y a guère que le traitement qui puisse élucider les doutes. Quant au pronostic de l'amnésie, lorsqu'elle en arrive à ce degré il ne vaut guère mieux que celui de la paralysie générale elle-même, c'est-à-dire la non-régression sinon la progression, et par conséquent l'incurabilité. Il faut être en tous cas extrêmement réservé sur le pronostic général de l'alcoolisme chronique, lorsqu'il s'accompagne d'une dysmnésie assez marquée.

Encéphalopathie saturnine. — La dysmnésie y

(1) Voir *Troubles de la mémoire*, in *Bibl. Charcot-Debove*. Rueff, éditeur.

est chose commune. Elle ne présente d'autre intérêt que de pouvoir établir une confusion avec la paralysie générale. On a du reste décrit une pseudo-paralysie saturnine comme on en a décrit une alcoolique. Le plus souvent, il reste à la suite un affaiblissement intellectuel qui porte surtout sur la mémoire. Elle est donc toujours sérieuse. Ce n'est que par les commémoratifs, la marche de l'affection et l'absence des autres signes de paralysie générale qu'on pourra faire le diagnostic.

Les intoxications par le *sulfure de carbone*, la *morphine* donnent aussi lieu à de l'affaiblissement de la mémoire. La suppression de l'intoxication suffit pour ramener assez rapidement cette faculté à l'état normal.

Dans les cas d'amnésie liée au haschisch, au chloral, à l'opium, ou au myxœdème, ce ne sont que les commémoratifs qui peuvent faire faire le diagnostic, en même temps que les autres signes spéciaux de ces diverses intoxications et affections. Il n'y a donc pas lieu de s'arrêter à l'amnésie dont la valeur séméiologique est presque nulle. Il en est de même dans la méningite aiguë ou chronique.

Reste l'**onanisme** auquel on doit toujours penser chez des enfants qui, sans accidents, sans maladies, se mettent à perdre progressivement la mémoire, en même temps qu'ils changent de caractère.

C'est du reste une dysmnésie fonctionnelle et curable, mais qui peut porter un grand préjudice à

l'enfant, à un âge où précisément il doit apprendre beaucoup.

B. AMNÉSIES A DÉBUT BRUSQUE.

Nous serons très bref sur ce sujet. La notion de cause est en effet capitale ici, et ce n'est qu'exceptionnellement, comme pour l'épilepsie, par exemple, que la notion de l'amnésie nous permet de remonter à l'affection originelle. Le plus ordinairement, au contraire, c'est de cette affection que nous arrivons à l'amnésie. Il nous suffira donc d'indiquer rapidement le rôle qu'elle peut avoir pour le diagnostic et surtout son pronostic dans les différents cas.

Épilepsie. — L'amnésie épileptique est le type de l'amnésie simple. L'absence du souvenir de l'accès est un des caractères les plus importants de l'accès d'épilepsie, quelle qu'en soit la forme, qu'il ait été ou non suivi de délire, tandis qu'au contraire l'épilepsie partielle s'accompagne toujours de conscience et par conséquent de souvenir.

C'est une amnésie temporaire, permanente. Quelquefois elle peut être rétrograde et porter sur un certain laps de temps antérieur à l'accès.

L'amnésie accompagne également le vertige et l'absence, le délire épileptique et les accès d'automatisme ambulatoire.

L'amnésie simple est tellement caractéristique de l'épilepsie sous toutes ses formes, que lorsqu'on la constate on doit immédiatement songer à cette origine. C'est pour ainsi dire la seule cause d'am-

nésie brusque, qui, en dehors du traumatisme, puisse se montrer chez de jeunes sujets, avant vingt ans.

Traumatisme. — L'amnésie consécutive à un traumatisme, le plus souvent crânien, peut se montrer sous trois formes : amnésie simple, amnésie rétrograde, amnésie antérograde ou plus souvent rétro-antérograde.

L'amnésie simple disparaît assez vite. A la suite de l'accident il y a de l'obtusion intellectuelle, un état subconscient analogue à celui qu'on observe après un accès épileptique. Les circonstances du traumatisme doivent être soigneusement recherchées, pour ne pas faire de confusion entre un accès épileptique ayant occasionné une chute avec perte de souvenir consécutive et d'amnésie due à un simple traumatisme. L'amnésie rétrograde disparaît moins facilement, mais la mémoire peut cependant réapparaître soit brusquement, soit lentement. Où l'amnésie est beaucoup plus difficile à guérir, c'est quand elle est à la fois rétrograde et antérograde.

Le pronostic de l'amnésie traumatique n'est pas grave en général, car les cas sérieux et persistants sont les plus rares.

L'amnésie liée à l'*ivresse*, au *chloroforme*, à l'*éther*, à la *syncope*, à la *strangulation*, à la *submersion*, n'offrent pas grand intérêt au point de vue séméiologique. Celle qui est liée au *somnambulisme*, à *l'hypnotisme*, a un intérêt surtout pathogénique. Celle qui peut se rencontrer après le typhus, le cho-

léra, les hémorrhagies, est trop rare pour qu'il soit nécessaire d'insister. Tous ces faits, du reste, n'appartiennent pas à proprement parler à notre sujet, puisqu'il n'y a pas de délire et que la confusion n'est pas possible avec des états d'aliénation.

Hystérie. — L'amnésie est extrêmement fréquente dans l'hystérie, et résulte d'états seconds, de dédoublement de la personnalité, tantôt passagers et fréquents, tantôt très prolongés et périodiques. On observe dans l'hystérie une forme très intéressante d'amnésie : c'est l'amnésie rétro-antérograde, avec impossibilité de fixer de nouveaux souvenirs. Nous avons dit plus haut (page 000) la ressemblance que les malades, rares du reste, de cette espèce pouvaient offrir avec des mélancoliques.

L'amnésie *puerpérale* et *éclamptique* a des caractères qui la rapprochent singulièrement de l'amnésie hystérique. Ces formes ont un pronostic des plus variables, et les cas ne sont pas encore assez nombreux pour pouvoir en tirer des conclusions bien fermes. Néanmoins on peut dire que, à part les états seconds, on arrive, par le traitement psychique à faire recouvrer leur mémoire aux malades.

L'amnésie par *intoxication oxycarbonée* est en général grave, et assez rebelle au traitement.

Celle de la *fièvre typhoïde* peut offrir des variétés extrêmes comme intensité, et différant considérablement comme pronostic. Néanmoins, quand il y a vraiment amnésie, et non pas seulement affaiblissement de la mémoire comme cela s'observe le plus

souvent, l'amnésie est assez curable, à moins qu'elle ne tienne à des lésions organiques cérébrales ou méningées.

L'*amnésie partielle*, dont le type est l'*aphasie*, a été étudiée dans le chapitre du *Mutisme* (page 60).

Dans les *vésanies* la constatation de l'état de la mémoire est très difficile à faire le plus souvent. Dans les états d'excitation maniaque, il y a exaltation de la mémoire comme de toutes les autres facultés. Mais dans les cas de manie franche avec grande excitation et incohérence, la difficulté est très grande, à cause du défaut d'attention des malades qui sont hors d'état de répondre à vos questions. Cependant, en les observant pendant assez longtemps délirer, on constate que de nombreux souvenirs anciens leur reviennent : ils récitent parfois des morceaux entiers appris autrefois. L'état des souvenirs récents est-il aussi bon? Tout le fait supposer, car après leur guérison ils se rappellent en général tout ce qu'ils ont fait pendant les premières périodes de leur maladie.

Dans la *mélancolie avec conscience*, la mémoire est parfaitement conservée, et pendant le cours de la maladie et après la guérison. Dans la mélancolie délirante, avec hallucinations, anxiété, etc., il en est encore de même. Quelquefois cependant les malades prétendent ne plus se souvenir de leurs idées et de leurs actes délirants. Mais c'est par une sorte de honte, d'amour-propre qu'ils ne veulent pas en convenir. Dans la mélancolie stupide même, les malades

conservent parfaitement le souvenir de tout ce qu'ils éprouvent. Aussi doit-on toujours être très prudent avec ces malades et ne prononcer aucun mot qui puisse prêter pour eux à double interprétation et alimenter ainsi leur délire.

Pronostic général et traitement.

Pronostic général — Il n'y a à proprement parler de vraiment graves que les dysmnésies, c'est-à-dire les amnésies progressives liées à des lésions organiques du cerveau, même lorsque ces lésions sont en partie réparables par un traitement, comme cela existe pour la syphilis.

Très grave dans la paralysie générale, dont elle constitue en même temps un symptôme presque pathognomonique, et en tous cas de premier ordre, l'amnésie est très sérieuse dans les pseudo-paralysies générales et les intoxications chroniques anciennes, en particulier l'intoxication plombique et l'alcoolisme.

Dans les démences on ne peut guère dire que l'amnésie soit grave par elle-même; ce qui l'est c'est la maladie elle-même qui la cause.

Les amnésies à début brusque ont des conséquences très différentes. Portant sur un très court espace de temps elles n'ont pas d'importance ; quand au contraire elles s'étendent à une longue période de l'existence elles peuvent causer une véritable gêne dans la vie de l'individu. Quand elles sont périodiques, comme dans l'hystérie quelquefois, cela devient d'autant plus sérieux que la guérison

n'a guère de chances de survenir. Enfin l'amnésie antérograde, l'impossibilité de fixer de nouveaux souvenirs constitue un véritable état mental pathologique qui demande un traitement spécial.

Les conséquences *médico-légales* peuvent être importantes dans certaines amnésies, lorsque, comme cela peut arriver dans la paralysie générale, la démence, l'épilepsie, l'alcoolisme, des actes délictueux ont été commis par le malade qui ne s'en souvient plus. La justice est évidemment portée à penser qu'il y a *simulation*.

Cela arrive fréquemment chez des paralytiques généraux à la première période, ou encore chez des épileptiques, des alcooliques, des hystériques. Un examen attentif des prévenus amnésiques ou prétendant l'être est donc nécessaire pour éviter de laisser condamner à tort des individus en réalité malades, mais dont la maladie, à peine apparente, devient souvent évidente peu après leur condamnation. Au point de vue de l'honneur de leur famille ces erreurs, plus fréquentes qu'on ne pense, sont regrettables à tous égards.

Il est presque impossible à un simulateur de simuler l'amnésie progressive. Ordinairement, en effet, obéissant en cela aux préjugés du public, il feint d'oublier les souvenirs anciens alors qu'au contraire le véritable amnésique perd d'abord les plus récents. L'amnésique, quand on le fait compter, commence d'abord d'une façon régulière et ne s'embrouille qu'au bout de quelque temps. Le simu-

lateur se hâte de prouver son trouble intellectuel, en se trompant dès les premiers chiffres. De plus, dans les actes ordinaires de l'existence, il se comporte trop normalement : il *oublie d'oublier*, et son amnésie, qui apparaît dès qu'on l'interroge, ne se manifeste guère dans ses actes quotidiens. Avec une expectation intelligente et une surveillance active, il n'est pas difficile de constater que l'amnésie du simulateur ne progresse pas et n'est pas identique à elle-même d'un jour à l'autre.

Tout individu dont l'amnésie porte exclusivement sur le fait incriminé, alors que ses facultés intellectuelles sont indemnes pour la reste, et qu'il ne présente, d'ailleurs, aucune affection capable d'entraîner l'amnésie, doit être considéré comme un simulateur.

Traitement. — Le traitement de l'amnésie se confond avec celui de l'affection causale. Il n'y a que dans le cas d'amnésie brusque rétro-antérograde, comme celle qui survient dans l'hystérie, la puerpéralité, le traumatisme, l'éclampsie, l'asphyxie par l'oxyde de carbone ou toute autre cause, qu'il faut instituer un traitement spécial, traitement essentiellement psychologique dont j'ai donné les principales indications dans mon livre sur les *Troubles de la mémoire*, et qu'il serait trop long et même inopportun de rapporter ici. Il ne peut guère être pratiqué que dans des conditions spéciales que l'on ne peut en général réunir au domicile du malade, et doit être dirigé par un médecin habitué à ce genre d'affections.

ÉTATS D'EXCITATION ET D'AGITATION

Sous la dénomination d'états d'excitation nous comprendrons tous les cas dans lesquels on observe de l'exaltation mentale et de l'agitation physique. Ces phénomènes peuvent se rencontrer dans un grand nombre de formes différentes d'aliénation. Ils peuvent tenir à des causes très diverses. Mais quelle que soit leur origine ils sont facilement constatables, frappant immédiatement la vue, et ont une importance capitale au point de vue séméiologique.

Mais avant de les passer en revue, précisons exactement ce qu'il faut entendre par excitation en médecine mentale. Ce terme se rapporte à deux choses : l'exaltation mentale et l'agitation physique. La première peut exister indépendamment de la seconde. Celle-ci ne va guère sans la première.

L'*exaltation mentale* se traduit par :

Dans le domaine intellectuel : une exaltation de la mémoire, de la loquacité, un déréglement de l'imagination, une rapidité et une mobilité extrêmes dans les conceptions ;

Dans le domaine de la volonté : une confiance absolue en soi-même qui fait que les malades ne

voient aucun obstacle, ou se sentent la capacité de les surmonter tous, un manque absolu de suite dans les entreprises, des caprices, etc. ;

Dans le domaine moral : tout peut s'observer, il n'y a qu'une chose de constante, c'est la variété et le changement perpétuels ; tendance aux mauvais instincts, aux violences, à la colère ; excitation génésique qui entraîne souvent les malades à des actes contraires à la morale, perte du sens moral, prodigalité excessive, etc ;

Dans le domaine moteur : un besoin de déplacement continuel, de voyages, de changement de situation ; simple excitation psycho-motrice qui ne fait pas sortir le malade de ses habitudes sociales ;

Dans l'état général ; amaigrissement, insommie, exagération de l'appétit.

L'*agitation* indique un trouble manifestement plus grand dans les idées, et comporte plusieurs degrés.

1° Agitation motrice sans but. Les actes paraissent volontaires et raisonnés. En réalité ils ne le sont pas. Ils se développent spontanément et se succèdent sans motif et sans but. Ils ne sont, malgré les apparences, ni volontaires, ni intentionnels.

2° A un degré plus avancé les actes ne sont plus coordonnés. Leur exécution se fait d'une manière brusque et sans motif. C'est une véritable convulsion motrice, répétant des mouvements appris antérieurement par le malade, mais qui surviennent hors de propos.

3° Enfin dans les formes graves les mouvements se produisent d'une façon isolée, et ne constituent

même pas, comme dans le cas précédent, des mouvements d'ensemble. A ce point de vue ils sont incomplets et défectueux. Ils se produisent d'une façon brusque, à la manière de secousses non seulement dans les membres, mais aussi dans la face. La mimique qui, dans le cas précédents, était très mobile, très changeante et très expressive, n'a plus que le caractère de convulsions, de spasmes, se traduisant par des grimaces.

En présence d'aliénés excités, il y a deux ordres de phénomènes à considérer : 1° les désordres physiques, moteurs, qui frappent d'abord ; 2° les désordres psychiques, qui doivent être recherchés, quoique, par le fait de leur nature expansive, ils se révèlent spontanément, mais non dans leur entier, dans toutes les directions de l'activité mentale.

L'attitude, le facies ont ici beaucoup d'importance. Nous en avons parlé dans le chapitre de l'*Examen somatique*. Quoique l'exaltation mentale puisse se montrer à l'état isolé et indépendamment de l'agitation proprement dite, ces deux troubles étant intimement liés l'un à l'autre, il est préférable de les envisager ensemble pour ne pas créer des subdivisions difficiles à établir et à retenir.

Examen séméiologique.

En présence d'un malade exalté et excité à quoi faut-il songer? On doit se demander si on a affaire à de la manie franche ou à un état d'excitation

maniaque symptomatique. Nous résumerons dans le tableau suivant la séméiologie de ces états sur lesquels nous allons ensuite donner des détails indispensables au diagnostic.

A. Le malade a de la fièvre

1° *Méningite au début.*
2° *Rhumatisme cérébral.*
3° *Fièvre typhoïde.*
4° *Fièvre éruptive, pneumonie.*
5° *Délire aigu.*

B. Le malade n'a pas de fièvre, mais il existe une cause d'infection ou d'intoxication.

1° *Alcoolisme.*
2° *Morphinisme.*
3° *Solanées vireuses.*
4° *Puerpéralité.*
5° *Albuminurie.*
6° *Syphilis.*

C. Il n'y a ni fièvre, ni infection, ni intoxication.

1° *Hystérie.*
2° *Épilepsie.*
3° *Chorée.*
4° *Convalescence des fièvres graves.*
5° *Traumatismes et opérations.*

D. Il n'y a pas non plus de cause névropathique. On doit songer à des lésions cérébrales organiques.

1° *Paralysie générale.*
2° *Démences.*

E. Enfin toutes les causes étant éliminées :

1° *Exitation maniaque.*
2° *Manie.*
3° *Délire systématisé aigu.*
4° *Mélancolie anxieuse, agitans.*
5° *Délire de persécution.*

La notion de causalité, la marche des accidents, les modifications morales et les symptômes physiques doivent donc entrer ici largement en ligne de compte.

Comment doit-on s'y prendre pour examiner un malade excité ?

En raison de la rapidité de ses conceptions, de la faiblesse de son attention, il est bien difficile de procéder avec une méthode précise, car le malade se dégage toujours de la voie où on le pousse par quelque ellipse de la pensée ou du langage. Le mieux est donc de le laisser se manifester simplement, librement, et de l'observer avec soin. A travers les incohérences de son langage et l'abondance de ses discours, vous pourrez saisir une idée dominante, l'existence d'illusions et d'hallucinations, apprécier le degré de cohésion ou d'incohérence de ses idées, ce qui est d'une grande importance, l'état de son attention, le but de ses actes et par conséquent ses tendances et l'état de sa volonté.

Cela dit, revenons-en à la séméiologie.

A. *Le malade a de la fièvre.*

Quelle est la cause de la fièvre? Ce qui importe, ce n'est pas tant le diagnostic de l'état d'excitation, mais bien celui de l'état général qui cause cette excitation. L'examen du malade se fait donc dans ce cas suivant les règles de la clinique ordinaire. Il faut passer en revue les affections fébriles les plus capables de s'accompagner de délire avec excitation et agitation.

1° **Méningite aiguë.** — Les causes principales sont : les traumatismes, surtout du crâne, l'insolation, la carie des os du rocher, l'érysipèle de la face, le rhumatisme, la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, la pneumonie, etc.

Les prodromes sont des céphalées vives, des vertiges, des vomissements, de l'agitation.

La première période est la seule à peu près où se montre le délire : délire bruyant, furieux quelquefois, avec illusions et hallucinations de tous les sens, surtout de la vue et de l'ouïe, besoin continuel de mouvement.

La fièvre est violente, 40° et plus, accompagnée quelquefois de frissons. Le point capital c'est qu'elle a précédé le délire. Puis se montrent des convulsions, des contractures, du strabisme, du rétrécissement pupillaire, du trismus, des grincements de dents, de l'opisthotonos, etc.

A la seconde période on voit encore des phénomènes d'excitation passagère, mais ce qui domine c'est la tendance au coma et à la résolution.

2° **Rhumatisme cérébral.** — Le délire du rhu-

matisme cérébral n'est pas une forme de folie particulière ; ce qui en constitue une c'est lorsque les troubles intellectuels se substituent aux manifestations articulaires. Cette substitution est annoncée par la disparition rapide et même brusque des accidents articulaires, et on doit s'y attendre surtout chez les sujets adonnés aux travaux intellectuels et surtout lorsqu'ils s'y surmenaient au moment de l'invasion du rhumatisme. C'est alors plutôt de la manie aiguë qui éclate que de la mélancolie. L'existence de manifestations rhumatismales articulaires ou cardiaques antérieures, suffit pour indiquer immédiatement à quelle cause il faut rattacher les troubles mentaux.

3° **Fièvre typhoïde.** — Dans la plupart des cas la fièvre typhoïde s'accompagne de délire. Ce délire est le type des délires fébriles. Là encore la fièvre a précédé le délire, et ce fait seul montre la voie dans laquelle on doit entrer pour procéder à l'examen, tandis que dans les délires vésaniques, fièvre et délire apparaissent en même temps ou, plus souvent, la fièvre est consécutive au délire et indique une complication.

Ce délire est vague, doux, incohérent, accompagné d'illusions et d'hallucinations de la vue. Les malades marmottent des paroles incompréhensibles, le plus souvent entre leurs dents (mussitation). L'incohérence du délire n'est pas en rapport avec l'agitation, comme cela a lieu dans les états maniaques vésaniques. Cependant, dans le cours de la fièvre typhoïde, on peut voir survenir de véritables accès de

manie aiguë ou suraiguë dont le pronostic est très grave. Ils indiquent ordinairement des complications méningitiques. Les sangsues derrière les oreilles, la glace sur la tête sont indiquées dans ces cas.

Ces accès se développant au cours d'une fièvre typhoïde confirmée, la marche antérieure de la maladie, la courbe thermique et les autres symptômes de la maladie, sont suffisants pour montrer qu'on n'a pas affaire à une vésanie, mais à une complication ou une forme cérébrale de la fièvre typhoïde. Ils sont du reste rares, et quand de la manie vraie se déclare c'est plutôt dans la convalescence. Nous y reviendrons plus loin.

4° **Fièvres éruptives.** — La folie dans la *variole* apparaît de préférence au moment de l'éruption, ou pendant la convalescence. C'est un véritable accès de manie aiguë avec agitation violente, fureur, incohérence extrême. Il en est de même, mais moins fréquemment, dans la *pneumonie* et moins encore dans la *scarlatine*.

En somme, chaque fois que l'on se trouve en face d'un état d'excitation avec fièvre on doit rechercher des signes somatiques, un substratum organique de cette fièvre et de ce délire. Qu'on trouve de la fièvre typhoïde, une fièvre éruptive, du rhumatisme, une pneumonie, etc., peu importe. L'essentiel est de savoir que l'on n'a pas affaire à un délire vésanique, mais à un délire fébrile ou à une complication méningitique, que le cas relève par conséquent de la thérapeutique ordinaire, et qu'il n'y a pas lieu à

traiter le malade dans un établissement spécial, puisque la durée de ces états délirants n'est jamais bien longue.

5° **Délire aigu.** — Mais il est un cas où l'on ne constate aucun trouble physique du côté des organes, et où cependant un délire violent, accompagné de fièvre et souvent d'un état adynamique secondaire, éclate. C'est alors vraisemblablement à un délire aigu qu'on a affaire. Le délire aigu est considéré tantôt comme une maladie autonome, tantôt comme un symptôme. Quoi qu'il en soit des théories, il peut se montrer d'une façon primitive, ou secondairement, chez des aliénés ou des névropathes débilités. On peut le regarder comme la plus haute expression de la manie, comme une manie suraiguë, ou comme une démence aiguë. Cliniquement, du reste, les manifestations sont les mêmes et le pronostic semblable.

Quand il est *primitif* il est ordinairement précédé d'une période de tristesse, assez courte, avec malaise général, irritabilité croissante, insomnie, céphalalgie vive, et se développe souvent à la suite d'excès épuisant le cerveau. La conscience est profondément troublée et quelquefois complètement obnubilée. Il y a de l'incohérence, de la confusion, de la fuite des idées. Une agitation motrice plus ou moins violente l'accompagne, et est tout à fait incoordonnée. Il y a de brusques changements d'humeur, des alternatives de rires et de pleurs.

Ce qui est caractéristique, ce sont les intervalles de lucidité, les accalmies qui apparaissent tout à coup, sans cause apparente. Ils sont de très mau-

vais augure, car ils sont ordinairement suivis d'une plus grande agitation. La fièvre atteint 38°, 40° et même 41°.

Le malade est en proie à des hallucinations et à des illusions de tous les sens. Il crie, prononce des paroles incohérentes, chante. Il crache autour de lui, refuse les aliments, et fait souvent des tentatives de suicide que son état de faiblesse l'empêche de mener jusqu'au bout.

Il est en effet dans un état typhoïde assez marqué, avec fuliginosités des dents, langue saburrale, diarrhée, amaigrissement rapide. Le facies est grippé, et on constate des mouvements convulsifs, des spasmes de la face. Tantôt il a une insomnie rebelle avec agitation, tantôt il tombe dans une sorte de stupeur.

La mort survient dans l'espace de huit à quinze jours, et s'annonce par une lucidité relative, des sueurs profuses, du râle trachéal et une forte élévation de température. Elle semble due à l'épuisement cérébral (strangulation cérébrale).

Le *pronostic* n'est pas toujours aussi sévère au point de vue de l'existence elle-même. Mais il est presque fatal au point de vue de l'intelligence, et si le malade résiste il y a de grandes chances pour qu'il reste plus ou moins dément.

Le délire aigu *secondaire* peut apparaître au cours de la manie, de la mélancolie, de la folie circulaire, de la paralysie générale. Dans ces différents cas le pronostic est presque toujours fatal.

Il est deux affections qui peuvent s'accompagner d'un état analogue au délire aigu, ce sont : *a*) la *syphilis*, et *b*) l'*alcoolisme*.

a) *Syphilis*. — Dans la fièvre syphilitique on peut observer un délire qui, par la confusion, les illusions et hallucinations multiples, la faiblesse irritable du malade, peut en imposer pour un début de délire aigu. La fièvre est en général peu élevée : 38° à 38°,5.

Mais les commémoratifs : céphalées tenaces, vespérales et nocturnes, obtusion intellectuelle ancienne, torpeur, affaiblissement de la mémoire, etc., antérieurs, et souvent la coexistence d'accidents cutanés, permettent de faire assez facilement le diagnostic. Quand il n'y a pas d'accidents de la peau ou des muqueuses il est plus délicat, mais il suffit d'y songer pour y arriver. Le cas est en effet plus fréquent qu'on ne pense, et lorsqu'on se trouve dans une famille d'une situation assez élevée, ou lorsqu'il s'agit d'une femme, on n'ose pas émettre cette hypothèse. Il est cependant toujours bon d'essayer, avant toute autre thérapeutique, le traitement spécifique, en invoquant un prétexte quelconque pour attendre de prendre d'autres mesures.

b) *Alcoolisme*. — Dans l'alcoolisme suraigu, la fièvre est beaucoup plus intense, 40°, 41° et même plus. Les symptômes sont analogues à ceux du délire aigu ordinaire, mais avec plus de fracas, de cris, de vociférations, de panophobie, de grands mouvements. Ce qui diffère surtout, c'est l'origine. Le tremblement généralisé — delirium tremens — est un des

principaux caractères distinctifs, avec la nature des hallucinations visuelles terrifiantes qui prédominent, et qui, en dehors de commémoratifs, suffisent à faire porter le diagnostic. On a en outre bien plus de chances de se trouver en présence d'un délire alcoolique que d'un délire aigu primitif, qui est chose en somme rare, et en clinique on doit toujours tenir compte de la fréquence relative des affections pour incliner vers un diagnostic plutôt que vers un autre.

B. *Le malade n'a pas de fièvre, mais il existe une cause d'intoxication ou d'infection.*

1° **Alcoolisme.** — Le délire alcoolique à forme maniaque se caractérise par de l'insomnie, de l'incohérence des idées, une excitation motrice plus ou moins marquée. Le malade crie, vocifère, gesticule, marche continuellement. Il est en proie à des illusions continuelles, à des hallucinations dans lesquelles il voit des animaux qui rampent sur lui, qui l'assaillent, des ennemis qui sont prêts à s'élancer sur lui, qui le menacent, l'injurient. Il en résulte une panophobie extrême qui pousse le malade soit à des actes violents, soit au suicide. La face est vultueuse, les yeux brillants, injectés Il y a du tremblement des mains, de l'empâtement de la parole, de la titubation dans la marche.

Il est facile de distinguer ce délire de la manie simple, en dehors des commémoratifs, par : le tremblement qui n'existe pas dans la manie, et les hallucinations visuelles qui y sont très rares alors que ce sont

surtout des illusions, et que, lorsqu'il existe des hallucinations, elles sont plutôt auditives ou gustatives.

Le *pronostic* n'est pas grave en ce qui concerne l'accès, qui disparaît en l'espace de six semaines à deux mois au maximum; mais il l'est en raison de l'affaiblissement intellectuel et moral qui lui est souvent consécutif, et surtout des récidives fréquentes et presque fatales, qui un jour ou l'autre conduisent le malade à la démence.

2° **Morphinisme.** — L'excitation produite par la suppression de la morphine ne doit être citée ici que pour mémoire, car c'est le malade lui-même qui fait son diagnostic par la demande qu'il vous adresse de son poison habituel.

Cette excitation — quand elle n'est pas volontairement provoquée pour obtenir la guérison par suppression brusque — est facilement et immédiatement calmée par une injection de morphine. Le malade ne délire pas: il a de l'angoisse et conséquemment de l'agitation. Il n'y a jamais d'hallucinations dans la morphinomanie. Aussi, lorsqu'on en constate, doit-on songer à quelque intoxication surajoutée — alcool ou cocaïne — et à quelque complication vésanique s'il s'y joint des idées délirantes.

3° **Solanées vireuses.** — L'excitation résultant de l'absorption de solanées vireuses ne donne guère d'embarras à moins que l'entourage ne puisse fournir aucun renseignement comme dans le cas, par exemple, le plus fréquent, où le malade a essayé de se suicider. Les accès de folie causés par ces subs-

tances sont ordinairement très violents comme agitation et excitation. Il y a un délire généralisé avec hallucinations prédominantes de la vue. L'état des pupilles est très important à considérer : leur dilatation extrême peut mettre sur la voie du diagnostic, car elle est rare dans la manie où il y a plutôt constriction, et dans l'excitation de la paralysie générale ou de l'alcoolisme, où c'est ordinairement de l'inégalité qu'on rencontre.

Le début subit, sans prodromes d'aucune sorte, les vomissements, le refroidissement des extrémités, font immédiatement penser à un empoisonnement. Les mesures à prendre sont celles usitées en pareil cas. Ce sont les antidotes généraux, le café, les frictions chaudes, etc., etc., sur lesquels nous n'avons rien de spécial à signaler ici.

4° **Puerpéralité.** — Chez une femme en état de grossesse ou récemment accouchée, ou encore dont la sécrétion lactée s'est arrêtée brusquement, d'une façon spontanée ou par le fait d'un sevrage prématuré, il se développe souvent de l'aliénation mentale sous forme de mélancolie ou de manie.

Pendant les trois derniers mois de la grossesse les troubles intellectuels et moraux ne vont pas généralement jusqu'à la manie vraie, et peuvent disparaître après l'accouchement. Parmi eux on doit citer surtout des envies irrésistibles qui n'ont d'inconvénient réel que lorsqu'elles se manifestent sous forme d'impulsions au vol.

Mais il peut se déclarer de la manie franche, qui continue à évoluer après l'accouchement.

Au moment de l'accouchement on observe quelquefois un délire passager, avec impulsions subites, lié assez fréquemment à de l'éclampsie.

Enfin, c'est après l'accouchement que survient le plus ordinairement la manie. Elle reste exceptionnellement à l'état d'excitation maniaque simple, et prend plus souvent tous les caractères de la manie franche. Elle apparaît du cinquième au vingtième jour et même plus tard.

C'est la forme la plus fréquente de la folie puerperale.

On peut citer comme caractères différentiels avec la manie vulgaire : l'érotisme, l'obscénité des idées délirantes, des impulsions, à l'infanticide en particulier, et de la perversion des sentiments affectifs, principalement à l'égard du mari.

On constate souvent de l'albuminurie et une légère fièvre : 38° à 38°,5.

La manie, au moment de la suppression de la lactation est plus rare que la mélancolie et n'offre rien de particulier.

Le *pronostic* de la manie puerpérale n'est pas grave en général, à moins que la tare héréditaire et dégénérative ne soit très marquée. La curabilité est plus grande pendant la gestation et après l'accouchement; elle est moindre après la lactation.

D'une façon générale, la manie puerpérale guérit mieux que la mélancolie de même origine.

Les récidives sont très fréquentes et l'on voit des femmes qui, à chaque grossesse, ont un nouvel accès. Il y a en général aggravation chaque fois,

et quelquefois même passage à l'état chronique.

La durée varie entre quinze jours et trois mois.

Le *traitement* est celui de la manie vulgaire, sauf les indications spéciales que commande l'état puerpéral. L'isolement est nécessaire quand on n'obtient pas d'amélioration au bout d'une quinzaine de jours, ou que, dès le début, l'agitation est trop grande pour permettre à la malade d'être traitée chez elle, ou transportée à la campagne.

Il ne faut jamais manquer de rechercher l'albuminurie qui existe dans un grand nombre, sinon dans la majorité des cas. L'état local des organes génitaux doit être l'objet de soins particuliers, surtout s'il existe une légère élévation de température.

5° **Albuminurie. — Urémie.** — L'urémie peut se présenter sous une forme nerveuse délirante aiguë, qui n'est autre chose que du délire fébrile, qui n'a rien de commun avec un état maniaque et ne saurait être confondu avec. Le délire cède d'ailleurs assez rapidement et il n'y a lieu à aucune intervention spéciale en dehors de la thérapeutique ordinaire.

Quant à la folie brightique, elle se présente sous des aspects tellement divers qu'on n'en saurait faire un tableau spécial. Tantôt c'est de la démence, tantôt c'est de la manie, de la mélancolie, de la folie du doute, etc., etc. Dans le premier cas l'albuminurie a provoqué l'éclosion de troubles cérébraux chez un prédisposé; dans le second elle n'a fait que mettre en évidence ou aggraver un état d'aliénation latent ou léger. Aussi dans le premier

cas n'est-il pas nécessaire d'interner le malade dont le délire est d'ailleurs assez tranquille, tandis que dans le second, où les modifications dans l'état du rein n'en entraînent pas dans l'état mental, on doit recourir aux mesures ordinaires indiquées par le délire spécial que présente le malade.

6° **Syphilis.** — La syphilis ne détermine guère d'état maniaque en dehors de celui qu'on peut observer tant dans la fièvre secondaire qu'à la période tertiaire. Il est alors presque impossible à distinguer, en dehors des commémoratifs, de l'excitation maniaque de la paralysie générale.

Le *pronostic* est assez mauvais, quoique l'accès guérisse habituellement, à cause de l'obtusion intellectuelle, et de l'affaiblissement des facultés, et en particulier de la mémoire, qui persistent souvent à la suite.

Le *traitement* spécifique est la première indication à remplir, tant au point de vue diagnostique qu'au point de vue thérapeutique. L'internement est presque toujours inutile.

C. *Il n'y a ni fièvre, ni infection, ni intoxication.*

Le malade n'a pas de fièvre ; on ne trouve chez lui aucune cause d'infection ni d'intoxication, mais on apprend qu'il relève d'une maladie grave, ou qu'il a présenté autrefois des accidents nerveux, ou immédiatement avant que les troubles mentaux se soient déclarés, ou enfin qu'il a subi récemment un traumatisme ou une opération. On peut se trouver en présence de folie névropathique, opé-

ratoire ou traumatique, ou d'une folie de la convalescence.

Examinons ces différents cas, dans lesquels les renseignements anamnestiques sont de la plus grande utilité et sont même quelquefois indispensables pour établir le diagnostic.

1° **Hystérie.** — Dans certains cas, on voit la crise d'hystérie se terminer par du délire qui peut revêtir une forme véritablement maniaque. Lorsqu'on sait être en présence d'une femme hystérique ou d'un jeune enfant hystérique, — chez lequel se développe tout particulièrement cette forme, — il faut attendre. Ce qui caractérise cette attaque délirante ce sont surtout les hallucinations de la vue, le délire de mémoire dans lequel le malade assiste aux scènes qui l'ont jadis impressionné ; la répétition des mêmes phrases, des mêmes gestes, des mêmes attitudes, se reproduisant par phases calquées sur les autres et fréquemment entrecoupées par des ébauches de convulsions. Tout semble entaché d'exagération ; on dirait que le malade simule la folie. En réalité, plus il y a de monde pour l'assister, plus les accidents redoublent et menacent de durer.

La première chose à faire en pareil cas est d'éloigner la famille et de laisser le malade tranquille, de ne pas lui parler, et si la pièce où il se trouve ne renferme rien où il puisse se blesser, le laisser seul, au besoin en faisant la demi-obscurité ; en tous cas, l'assister impassible et en apparence indifférent. Les accidents délirants disparaissent souvent rapidement et la crise prend fin.

La seconde période de l'attaque avec les phénomènes de clownisme qui la constituent, la fureur, les cris, la rage, les mouvements désordonnés, les hallucinations terrifiantes, les contorsions bizarres, peut faire croire à un accès de manie à première vue. Il en est de même, moins toutefois, de la troisième période avec les attitudes passionnelles sous l'influence des hallucinations qui accompagnent cette période.

Dans certains cas le délire se manifeste sous forme d'attaque isolée. Il faut dans ce cas, comme dans les précédents, se baser sur les antécédents hystériques du sujet, sur la brusquerie du début, sur la cause ordinairement émotionnelle du délire, sur les accidents spasmodiques ou convulsifs qui l'accompagnent ou le précèdent genéralement, pour faire le diagnostic.

Il faut savoir que ces accidents qui impressionnent vivement les familles, qui les considèrent comme de l'aliénation mentale véritable, doivent cesser rapidement, et qu'il n'y a pas lieu, par conséquent, de prendre les mesures qu'un état maniaque analogue nécessiterait.

Mais si ces crises délirantes sont fréquentes, se répètent à la moindre occasion, il est urgent d'intervenir c'est-à-dire de placer le malade dans un établissement d'hytrothérapie où il sera rigoureusement isolé et soumis au traitement rationnel de l'hystérie.

Mais il arrive que les accidents, au lieu de cesser aussi rapidement, prennent une grande intensité, et ont surtout beaucoup de persistance. L'hystérie

revêt alors la forme de manie. Mais c'est une manie tout à fait spéciale, et presque toujours entrecoupée d'accidents franchement hystériques. Qu'on la regarde comme de la manie développée chez une hystérique ou comme une crise hystérique à forme maniaque prolongée, peu importe. Ce qu'il faut savoir c'est qu'il y a une *manie hystérique* qui peut durer plusieurs mois, qui guérit le plus souvent, mais qui cependant peut quelquefois se terminer par de la démence précoce.

La manie hystérique se manifeste par un besoin incessant de mouvement, non pas par une agitation incoordonnée, comme celle de la manie vraie, mais par des accès d'automatisme ambulatoire et des déplacements continuels. Les malades sentent souvent que leur accès va les prendre, et en préviennent l'entourage. Les malades se livrent à des actes extravagants, ayant un caractère de malice, comme s'ils « le faisaient exprès », et répètent aussitôt ce qu'on leur défend de faire ou de dire. Ils sont la contradiction perpétuelle. Souvent violents, quand ils ont des caprices qu'on ne veut pas leur satisfaire, ils frappent, déchirent, menacent. Ils sont exigeants, ont des accès de colère, et paraissent toujours conserver la *conscience* de leurs actes. Cette persistance apparente de la conscience est un caractère très important. Mais en réalité ils n'ont qu'une conscience très vague de ce qu'ils font, car ils n'en conservent guère le souvenir une fois guéris. Ils aiment à se rouler par terre, à se cacher sous les meubles, à faire toutes les niches possibles à leur entourage.

Leur délire est surtout un délire d'actes. Quant aux discours ils ne sont que rarement incohérents, et traduisent seulement une grande mobilité dans les idées et les volitions. Quelquefois ils ont des saillies assez drôles, qui pourraient faire se demander si on a affaire à quelqu'un de vraiment malade ou à un simulateur qui se moque de vous. C'est en sommeune exagération de ce qu'on observe chez nombre d'hystériques non délirantes, qui aiment à attirer l'attention sur elles au prix de n'importe quelles sottises et extravagances d'actes et de langage.

Au milieu de cet état qui présente dans la journée, et souvent toujours à la même heure, des excerbations, on voit apparaître des accidents convulsifs, des ébauches de crises, quelques manifestations franchement hystériques : sensations de boule à la gorge, légères pertes de connaissance, ébauches d'arcs de cercle, contorsions des membres, automatisme ambulatoire, hallucinations du souvenir, points hyperesthésiques, céphaliques surtout, en même temps qu'on constate des stigmates plus ou moins marqués du côté de la sensibilité. Les hallucinations et illusions sont surtout visuelles : les malades voient des animaux, du sang, des figures rouges ; ils voient les gens de couleur rouge, noire, verte, jaune. Elles sont importantes, car en dehors des folies toxiques il n'y a guère que l'hystérie qui donne lieu à des hallucinations visuelles, qui ont en outre ce caractère spécial d'être colorées plus spécialement en rouge, vert ou noir.

Le sommeil est nul ou troublé par des cauchemars qui reproduisent le délire diurne.

Le *pronostic* n'est pas grave, mais la durée est absolument indéterminée. J'en ai vu persister six à huit mois. Lorsque le traitement est institué d'une façon précoce, il y a toutes chances pour que la durée soit singulièrement diminuée.

Quelquefois, chez des hystériques déjà âgées au moment de l'apparition de l'affection nerveuse, et dont la dégénérescence est assez accusée, on voit le délire se rétrécir, se systématiser en quelque sorte en ayant pour base les hallucinations, soit visuelles, soit auditives, et amener à la longue un état de véritable démence incurable.

Le *traitement*, lorsque les accidents délirants persistent plus de huit jours sans paraître avoir tendance à la régression, consiste dans l'isolement absolu, l'hydrothérapie et le traitement psychique, conditions qui ne peuvent être réalisées qu'en plaçant le malade dans un établissement spécial, soit simple établissement d'hydrothérapie, soit maison de santé si l'agitation est trop considérable pour permettre de le faire traiter ailleurs.

2° **Épilepsie.** — On peut observer deux formes de délire dans l'épilepsie : *a*) un *délire transitoire*, petit mal intellectuel, qui peut précéder, accompagner ou suivre l'attaque, et *b*) une véritable *folie épileptique*.

a) *Délire transitoire*. — Les épileptiques sont des impulsifs par excellence. Dans les moments qui précèdent l'accès, au lieu d'une aura physique —

sensitive ou motrice — ils peuvent avoir une aura psychique et des troubles intellectuels : insomnie, irascibilité, changement d'humeur, etc., tantôt de la dépression, tantôt de l'excitation, des accès de fureur, de violence sans motifs ou pour la plus légère cause. Cette excitation arrive quelquefois à être un véritable délire impulsif des plus dangereux, avec, souvent, une hallucination visuelle comme point de départ.

Le plus souvent le vrai délire se montre après l'accès et se présente alors sous les deux formes suivantes : *a*) *petit mal intellectuel*, à forme expansive, avec excitation cérébrale, loquacité, idées de satisfaction, cris, répétition continuelle des mêmes phrases, des mêmes mots, des mêmes consonances, avec prédominance d'automatisme ; ou *b*) *grand mal intellectuel*, à forme maniaque, constituant la fureur épileptique, et caractérisé par un délire furieux, des violences extrêmes, des impulsions violentes au meurtre, à l'incendie, à la destruction ; avec plaintes, blasphèmes, gestes violents, incohérence dans les discours.

Le phénomène le plus caractéristique pendant l'accès c'est l'automatisme ; le plus caractéristique après c'est la perte de souvenir.

Il est à remarquer aussi que tous les accès sont en quelque sorte calqués les uns sur les autres, ce qui constitue, lorsqu'on a des renseignements sur les accès précédents, un bon signe diagnostique.

Le *pronostic* est grave en raison du danger que court le malade, et de celui qu'il fait courir à son

entourage, d'autant plus que rien ne peut faire prévoir d'une façon sûre l'éclosion de semblables accès et qu'on ne prend par conséquent aucune mesure de précautions.

En outre, il n'y a aucun critérium permettant de juger qu'ils vont disparaître ou être remplacés par d'autres accidents ; et la maladie qui les produit étant incurable, il y a, au contraire, des chances pour qu'ils se reproduisent.

Quant au *traitement*, c'est celui de l'épilepsie. Mais le danger de tels accès impose souvent la nécessité de l'internement, et, en tous cas, d'une surveillance si rigoureuse qu'elle est presque impossible à bien exercer dans le milieu habituel.

b) *Folie épileptique.* — Comme pour la folie hystérique, ce qui différencie la folie épileptique du délire transitoire c'est la longue durée de l'accès, et l'adjonction de conceptions délirantes proprement dites.

Après une période marquée par de l'irritabilité, de la céphalée, de la mauvaise humeur, de la tristesse, des mouvements convulsifs de la face et des membres, l'accès se déclare. La face est vultueuse, le regard brillant et vague, hagard. Le malade se livre à des gesticulations, des menaces, des cris. Il a des hallucinations, terrifiantes le plus souvent, de la vue, et obéit à des impulsions. La fureur survient, sans qu'il y ait d'incohérence comme chez le maniaque vulgaire. On peut fixer l'attention du malade dans une certaine mesure, et obtenir des réponses à peu près sensées à ses questions.

Parfois le délire se circonscrit, et prend la forme

d'un délire partiel, érotique, mystique, ambitieux ou de persécution.

Dans ce cas, il ne faut pas oublier la coexistence possible de l'épilepsie avec la *paralysie générale*, ou l'alcoolisme. Dans le premier cas, l'accès épileptique n'est qu'un accès épileptiforme ; l'épilepsie est tardive, est apparue récemment et ne remonte pas à l'adolescence, comme dans l'épilepsie vraie; d'autre part, on a ordinairement d'autres signes physiques de la paralysie générale.

L'*alcoolisme*, ou pour mieux dire l'absinthisme, amenant un délire furieux et des accès épileptiformes, pourrait également être confondu avec le délire épileptique. Mais les mêmes éléments de diagnostic existent que précédemment en ce qui concerne la nature des accidents épileptiformes. Le délire alcoolique n'est pas aussi impulsif que le délire épileptique. Les impulsions sont plutôt des réactions violentes provoquées par les hallucinations, visuelles ou auditives, extrêmement intenses qui forment le fond de ce délire.

Le *pronostic* est mauvais. La durée est difficile à préciser quoique, en général, relativement courte. Mais les formes psychiques de l'épilepsie sont beaucoup plus fâcheuses au point de vue de l'intelligence que les formes convulsives, et mènent en général rapidement à la démence.

Le *traitement* consiste dans le traitement médicamenteux ordinaire de l'épilepsie, l'isolement, le repos absolu. Il est nécessaire d'interner le malade, et de même le maintenir une fois l'accès passé. Son niveau

intellectuel ne permet du reste guère le plus souvent de le rendre à la société, pour laquelle il constitue un véritable danger.

Il est de toute importance, au point de vue du traitement et du pronostic, de ne pas confondre la paralysie générale ou l'absinthisme avec attaques épileptiformes, avec le délire épileptique.

3° **Chorée.** — La chorée, qui entraîne dans les deux tiers des cas des troubles intellectuels, — inattention, perte de mémoire, obtusion intellectuelle, hallucinations, changements d'humeur, — peut s'accompagner d'une véritable folie de forme maniaque. Les mouvements convulsifs s'aggravent, le pouls est plus fréquent, les idées deviennent confuses et incohérentes, l'excitabilité est très grande, les hallucinations ont un caractère terrifiant (surtout chez les femmes, rarement chez les enfants) et apparaissent dès que le malade ferme les yeux. Enfin survient une agitation impossible à modérer. Tantôt elle existe pour ainsi dire seule, avec cris rauques, inarticulés, et incohérence ; tantôt le délire est commandé par les hallucinations.

Le *diagnostic* est difficile si la folie se montre presque en même temps que les mouvements et que ceux-ci encore légers ont pu passer inaperçus. Autrement, le jeune âge du sujet, les mouvements choréiques caractéristiques, suffisent pour établir le diagnostic.

Le *pronostic* est toujours sérieux et souvent grave, car il peut y avoir terminaison par délire aigu, ou mort dans le coma après une agitation extrême et

des phénomènes ataxiques très intenses. La guérison est cependant possible, et survient au bout d'un temps variable, toujours long. Elle est contrariée par des alternatives de mieux et de pire, de l'hébétude, et quelquefois des idées délirantes, surtout de persécution.

4° **Convalescence des fièvres graves.** — Le plus souvent, dans la convalescence des fièvres graves, c'est la mélancolie, l'obtusion intellectuelle qu'on voit survenir. Toutefois on doit signaler la possibilité de la manie aiguë ou subaiguë à la suite de la fièvre typhoïde ou du rhumatisme.

La seule difficulté de diagnostic provient du cachet démentiel de ces manies, particulièrement après la fièvre typhoïde, lequel pourrait faire songer à une démence précoce ou même à la paralysie générale.

5° **Traumatismes et opérations.** — A la suite d'opérations, principalement sur les organes génitaux, un état maniaque peut se déclarer qui offre beaucoup d'analogie avec la folie puerpérale, et dont l'issue est la même.

La manie peut aussi se développer à l'occasion de traumatismes, crâniens ou autres. Le délire qui se développe n'est bien souvent que du délire alcoolique dont le traumatisme provoque l'éclosion précoce. Mais dans d'autres cas il s'agit bien de manie traumatique.

Les tares dégénératives du sujet sont la principale cause de l'apparition de la folie, le traumatisme ou l'opération n'étant que des agents provocateurs.

Le principal danger de ces accès maniaques est, lorsqu'il s'agit surtout d'opérations importantes ou de traumatismes graves, d'en rendre le traitement difficile, par suite de l'agitation du malade, et d'en compromettre ainsi la guérison. Quant à l'affection mentale elle-même, son *pronostic*, tout en étant très variable, est le plus souvent assez bénin.

D. *Il n'y a ni fièvre, ni intoxication, ni infection, ni cause névropathique, débilitante ou traumatique.*

On doit, dans ce cas, rechercher les signes d'une lésion organique du cerveau : inégalité pupillaire, parésies ou paralysies oculaires ou autres, tremblement, troubles de la parole, etc. Les deux affections qui peuvent être mises en cause sont particulièrement : 1° la *paralysie générale* et 2° la *démence*.

1° **Paralysie générale.** — L'excitation maniaque est des plus fréquentes au début de la paralysie générale, surtout chez les hommes. Après une légère dépression morale, comme on l'observe au début de toutes les formes d'aliénation mentale, l'excitation se manifeste.

Il y a d'abord une grande suractivité mentale sans cause apparente, et qui contraste avec les habitudes des malades. La gaieté, l'aplomb, la facilité d'élocution, la vivacité de l'imagination, sans cesse en mouvement pour de nouveaux projets, les font passer pour ne s'être jamais mieux portés, alors qu'en réalité ce sont déjà des malades. Leur ambition, qui ne connaît pas d'obstacles, les mène souvent à des entreprises et à des spéculations qui les ruinent

et qui nécessitent leur internement rapide. Ils ont des prétentions exagérées sur leurs talents. Leur surexcitation morale les empêche d'admettre la contradiction, et ils entrent pour le plus futile motif dans de violentes colères. En même temps, du fait de leur excitation physique, ils se livrent à des excès de table et de boisson, et à des prouesses génésiques. Faisant contraste avec cette activité extraordinaire, ils offrent une amnésie spéciale pour les faits les plus récents ou les plus ordinaires de leur existence; ils oublient les convenances les plus élémentaires, et montrent un affaiblissement considérable du sens moral et des sentiments affectifs. D'autre part leur force physique, au lieu d'être augmentée, comme leur activité pourrait le faire supposer, est au contraire diminuée.

Puis la deuxième période survient avec laquelle apparaissent le délire des grandeurs (Voy. *Idées de grandeur*), une plus grande irritabilité, de l'incohérence dans les actes, et quelquefois de véritables accès de fureur. Les idées délirantes sont multiples, mobiles, absurdes, contradictoires (Voy. *Diagnostic de la paralysie générale*).

Quelquefois ils présentent seulement de l'agitation silencieuse (Falret). Ils vont, viennent, changent les objets de place, font et défont leurs effets, gâtent et mettent les mains dans leurs excréments, déchirent, brisent, démolissent tout ce qu'ils ont sous la main.

Les signes physiques de la paralysie générale, la nature des idées délirantes, leur caractère démentiel

font assez facilement faire le diagnostic dès la première période.

Le *pronostic* de cette excitation est le même que celui de la paralysie générale, c'est-à-dire fatal. Mais il est rare qu'elle dure pendant toute la paralysie générale. Il arrive souvent qu'elle cède la place à un état mélancolique ou stupide, qui paraît alors survenir par épuisement.

Les *indications pratiques* sont tout d'abord l'internement du malade dès la période d'excitation, sitôt que l'on constate la paralysie générale certaine. Sinon on s'expose à ce que le malade compromette sa fortune et son honneur, et ceux de sa famille.

2° **Démence.** — La démence sénile peut revêtir la forme maniaque. L'âge du sujet est le principal élément de diagnostic différentiel.

Quand l'excitation maniaque se produit dans la démence, c'est généralement au début, alors qu'il existe de la congestion cérébrale. Sous cette influence on voit de l'excitation génésique apparaître, de l'irascibilité, des accès de colère, une certaine suractivité intellectuelle se montrer sous forme d'entreprises, de projets, alors que depuis longtemps les malades ne se livrent plus à aucune occupation. Ils font parfois des excès de table et de boisson. Enfin quelquefois apparaissent des idées de grandeur. Puis tout à coup l'excitation tombe pour faire place à la démence vraie. Ce délire est, sous une forme très atténuée, analogue à l'excitation de la paralysie générale au début.

Quelquefois, cependant, il prend les proportions de

la manie aiguë, et peut encore guérir. Mais c'est le cas le plus rare et le pronostic doit être absolument réservé au sujet de la démence qui lui est le plus souvent consécutive. Le *pronostic* est donc ordinairement sérieux.

Au point de vue des *indications pratiques* il peut devenir nécessaire d'interner le malade, ou tout au moins, s'il n'est pas trop agité, de l'envoyer à la campagne. Les révulsifs sur le tube digestif, les bromures, tout ce qui, en un mot, peut décongestionner les centres nerveux, est indiqué dans ce cas.

Enfin il existe une autre forme qui consiste dans un *délire d'actes* presque exclusivement. Ils vont, viennent, crient, se déshabillent, sont dans un état d'agitation continuelle. Cet état s'accompagne d'hallucinations de l'ouïe, d'illusions et d'hallucinations de la vue, avec, souvent, des tentatives de suicide assez mal combinées.

Si ce délire se manifeste sous une forme aussi aiguë dans le cours de la démence, c'est ordinairement d'un très mauvais augure, car il se termine souvent par la mort à brève échéance.

E. *Toutes les causes précédentes sont à éliminer. — États vésaniques.*

Enfin si on n'a constaté aucune cause d'infection, d'intoxication, aucune maladie générale, ni de lésion cérébrale, on a affaire à un *état vésanique*, à de la folie proprement dite. Mais, ici encore, plusieurs formes d'aliénation mentale peuvent être confondues. Il est donc nécessaire d'insister sur les carac-

tères de la manie franche aiguë, type des états d'excitation et d'agitation.

Ce terme de manie prête à de nombreuses confusions par suite de l'interprétation qu'on lui donne dans le langage vulgaire. C'est ainsi que certains parlent de manie de la persécution, manie des grandeurs, manie du vol, du suicide, etc., etc., confondant ainsi sous une même dénomination, des délires, des impulsions, des obsessions, ou même de simples bizarreries. Il arrive même quelquefois que des mélancoliques se trouvent ainsi qualifiés de maniaques, parce qu'ils répètent sans cesse la même phrase — dont ils ont la *manie*. Cette impropriété de terme n'est pas seulement regrettable au point de vue théorique, elle peut l'être encore au point de vue pratique. Si on qualifie de maniaque un mélancolique et qu'on lui applique le pronostic de la manie ou de la monomanie, parce qu'il est anxieux et agité, on risque fort de le voir se suicider, son agitation n'étant que le résultat de ses hallucinations terrifiantes, de sa panophobie. Si, au contraire, cette agitation est vraiment maniaque, on n'a pas lieu de redouter ce suicide, et on n'a pas à prendre les précautions qui sont urgentes avec un mélancolique agité et anxieux.

On doit donc réserver cette appellation de manie, d'excitation maniaque, aux seuls états où l'agitation physique et l'excitation intellectuelle constituent par elles-mêmes toute la maladie, et ne sont pas la conséquence d'un délire ou d'une affection antérieurs. Nous avons vu, du reste, au commen-

cement de ce chapitre, en quoi consistaient l'exaltation mentale, l'excitation et l'agitation.

Certains auteurs considèrent l'excitation maniaque et la manie comme deux maladies différentes, d'autres comme deux degrés d'une même maladie: la manie légère constituant l'excitation maniaque; la manie proprement dite étant la manie vraie, aiguë; le délire aigu constituerait enfin le degré le plus élevé de la manie, la manie suraiguë.

Qu'on adopte l'une ou l'autre de ces théories, peu importe. Ce qu'il faut savoir seulement, c'est que l'excitation maniaque est fréquemment symptomatique de quelque affection cérébrale, mais qu'elle peut exister d'une façon indépendante, ou se transformer en vraie manie. Il en va de l'excitation maniaque comme de la pleurésie sèche qui est symptomatique souvent, qu'on nomme essentielle quand on n'en connaît pas la pathogénie, et qui peut en rester là ou se transformer en pleurésie avec épanchement. De même que cette pleurésie avec épanchement peut se déclarer d'emblée, la manie apparaît aussi fréquemment d'emblée; et enfin, de même que la pleurésie purulente peut résulter de la transformation d'une pleurésie séreuse ou se montrer purulente dès le début, le délire aigu peut être l'aboutissant de la manie aiguë, ou survenir d'emblée. Et cette comparaison que nous établissons ici, entre la pleurésie et la manie, nous pourrions l'établir avec bien d'autres affections qui se montrent ainsi tantôt essentielles, tantôt symptomatiques, et tantôt constituant de simples degrés d'un même état.

Le caractère du *délire aigu* étant de s'accompagner de fièvre, suivant l'ordre que nous avons adopté, nous l'avons examiné plus haut (p. 219) et nous n'avons pas à y revenir. Nous allons donc nous occuper seulement ici : 1° de l'*excitation maniaque*, et 2° de la *manie aiguë*, en nous plaçant exclusivement sur le terrain pratique.

1° **Excitation maniaque.** — Toutes les causes d'excitation symptomatique étant éliminées, si on se trouve en présence d'un malade exalté, plutôt qu'agité, chez lequel l'intelligence est surtout le siège d'une grande suractivité, on a affaire à de l'excitation maniaque ou à de la manie à la première période. Il n'y a, à proprement parler, pas de délire. C'est surtout dans la sphère intellectuelle que prédominent les phénomènes. Ceux de la sphère physique et morale n'en sont en quelque sorte que la conséquence.

Sphère intellectuelle. — L'imagination est surexcitée ; la mémoire est hypertrophiée mais correcte (différence avec l'excitation de la paralysie générale où elle est affaiblie pour les souvenirs récents). La parole est facile et les discours sont brillants, semés d'à-propos et de saillies, à côté d'exagérations et de contradictions. Les écrits sont nombreux et faciles. Le malade a des conceptions multiples et des prétentions de tout ordre. C'est une exagération des tendances de l'individu, ou bien quelquefois un changement complet dans sa tournure d'esprit. Il fait mille projets et imagine mille inventions qu'il ne poursuit jamais jusqu'au bout.

Sphère morale. — Les mauvais penchants et instincts se révèlent. Il devient prodigue, joueur, agressif, violent, processif, érotique. Il ne redoute aucun obstacle et déploie quelquefois une ingéniosité remarquable pour en arriver à ses fins. Il devient impudent, audacieux et méchant, contrairement à ce qui existe ordinairement dans la paralysie générale.

Sphère physique. — Il résulte de cette exagération de l'intelligence et des tendances morales une grande activité physique pour satisfaire aux impulsions de l'esprit.

Le diagnostic est à faire avec l'excitation : *a*) de la *paralysie générale* ; — *b*) de la *folie à double forme.*

a) *Paralysie générale.* — L'excitation paralytique s'accompagne le plus souvent de symptômes physiques qui, pour être légers, n'en sont pas moins pathognomoniques. Les forces physiques sont diminuées ; la mémoire est très affaiblie malgré la suractivité intellectuelle. Les paralytiques sont plutôt bons que malicieux. Le langage présente souvent des accrocs et les conceptions sont entachées d'une certaine faiblesse, qui révèle déjà la démence. (Voy. plus haut p. 238 et *Diagnostic de la paralysie générale*). De plus le délire de grandeur est assez spécial pour que, combiné aux autres signes, il lève tous les doutes (Voy. *Idées de grandeur*).

b) *Folie à double forme.* — On entend par là une forme d'aliénation constituée par des accès alternatifs de manie et de mélancolie dont la succession est

variable suivant les auteurs. Il est rare que la phase expansive de la folie à double forme revête l'aspect de la manie vraie. C'est ordinairement celle de l'excitation maniaque, avec tous ses symptômes.

Il est presque impossible, à un premier accès, de prédire la périodicité spéciale de cette excitation. Il faut attendre que l'alternance des accès soit établie. Cependant il est certains signes qui se rencontrent plus particulièrement dans l'excitation de la folie circulaire.

Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme et apparaît ordinairement de bonne heure, entre vingt et trente ans. L'âge constitue donc un premier signe, mais non absolu, puisque la manie simple se montre aussi à cette époque. Ce sont les mêmes symptômes intellectuels et moraux. Toutefois il y a plus de malice chez les périodiques, qui sont de vrais ferments de discorde partout où ils se trouvent. Si vous cherchez dans leurs poches, dans leurs tiroirs, vous les trouverez pleins de menus objets sans valeur, de bouts de papier, de bois, de métal, etc., qu'ils entassent sans motif ou en leur donnant une grande valeur. Ils présentent aussi un aspect particulier dans leur tenue : ils s'habillent d'une façon excentrique, ridicule, s'affublent d'ornements et d'oripeaux sans valeur, auxquels ils attribuent la signification de décorations, d'insignes. Ce qui frappe aussi c'est qu'ils ont l'air de ne pas croire eux-mêmes à leurs assertions ou de n'y croire qu'à moitié. Ils passent, à tout instant, de la colère à la gaieté.

Ils ont une grande mobilité des traits. Les yeux sont brillants, la face est colorée. Ils présentent une extrême loquacité. Leur appétit est augmenté, et leur poids s'élève. L'insommie est rebelle.

Le *pronostic* de l'excitation maniaque doit être toujours très réservé. Lorsque les antécédents héréditaires sont assez chargés on doit craindre le passage à la manie, qui peut alors devenir chronique. L'excitation maniaque est, en tous cas, alors même qu'elle est simple, de mauvais augure pour l'avenir, à cause de la récidive et de la chronicité. La mort se produit ordinairement par des accidents cérébraux, attaques apoplectiques surtout, à un âge ordinairement avancé toutefois.

Mais, en général, en présence de l'excitation maniaque on doit songer à la paralysie générale et à la folie à double forme. Or ces deux affections sont aussi incurables l'une que l'autre, avec cette différence que la première évolue rapidement, tandis que la seconde permet une survie considérable.

Quant au *traitement* l'internement est presque toujours nécessaire à cause soit de l'agitation du malade, soit des inconvénients moraux (attentats à la pudeur), ou sociaux (dilapidation de sa fortune) auxquels il se trouve exposé.

2° **Manie.** — Nous placerons ici la description de la manie franche aiguë — entité morbide spéciale ou du moins admise comme telle dans l'état actuel de la science — vésanie en un mot, non symptomatique comme les états d'excitation que nous avons passés en revue jusqu'ici.

On peut être appelé auprès d'un maniaque à deux moments différents : 1° Alors que le malade n'en est encore qu'à la première période, mais que cependant l'excentricité de ses actes et de ses paroles, son changement de caractère, contrastent tellement avec son passé que son entourage s'en émeut ; 2° ou bien lorsque la maladie est confirmée.

Première période. — Il y a quelquefois des prodromes consistant en insomnie, céphalalgie, et troubles digestifs, en même temps qu'une certaine surexcitation physique se montre, ou, au contraire, une phase de dépression morale. Cette dépression est traversée par des emportements sans motifs. Le sujet a souvent conscience de son changement et dit : « Je sens que je vais devenir fou ». Il devient malicieux, fait des racontars, des calomnies, etc. Son attitude, ses habitudes changent. Il est irritable, se contredit dans ses actes et dans ses paroles, et parle beaucoup plus qu'auparavant sur tous les sujets possibles.

Période d'état. — Le trouble capital est celui de la motilité. C'est un perpétuel besoin de mouvement. Ce besoin de mouvement se manifeste dans la sphère physique et dans la sphère intellectuelle.

Dans la sphère physique, la mimique, les gestes sont augmentés et vont quelquefois jusqu'aux grimaces et aux contorsions. Les malades vont et viennent sans cesse, sont continuellement debout.

Dans la sphère intellectuelle, ils font des projets, des achats, passent sans cesse d'une idée à une autre. Cette mobilité des idées se traduit dans le

langage par une loquacité extrême, une grande facilité d'élocution, des ellipses fréquentes, des associations d'idées par assonances, des calembours, etc.

Il résulte de cette surexcitation une exagération de la personnalité, et un sentiment de satisfaction et de force. Aussi sont-ils audacieux, érotiques et même obscènes. Ils ont parfois le besoin de crier, de vociférer, de dire des grossièretés. Égoïstes, ils se mettent en colère à la moindre contrariété, sont indifférents pour leur famille et, dans d'autres moments, manifestent des sentiments affectifs exagérés. En réalité ils ne sont pas méchants.

A cette période, les mouvements ont encore un but déterminé et sont coordonnés. Mais les choses n'en restent pas là, le plus souvent, et l'automatisme complet survient. Les mouvements se font sans but apparent, involontairement, quoique intentionnels en apparence. Les malades deviennent violents, brisent et déchirent. Il est impossible de suivre l'association de leurs idées qui se fait trop rapidement (fuite des idées). Il en résulte une incohérence apparente de langage. Leurs écrits témoignent de la surabondance des idées : l'écriture est rapide, irrégulière, des mots sont sautés, le papier est entièrement couvert dans tous les sens, sur les moindres places libres.

L'état d'agitation est encore augmenté par l'hyperesthésie des sens qui se traduit par des *illusions* extrêmement nombreuses, qui ne vont pas généralement jusqu'à l'hallucination véritable.

Les illusions du goût et de l'odorat sont très fréquentes. Mais celles qu'on rencontre le plus souvent sont les illusions de la vue, et les erreurs de personnes et de lieux qui en résultent. Les illusions de l'ouïe sont moins fréquentes.

La lumière, le bruit, augmentent l'agitation en impressionnant trop vivement les sens, d'où la nécessité du calme complet, de l'isolement, de la demi-obscurité au besoin.

L'hyperesthésie se manifeste encore par de l'érotisme, de l'excitation génésique, et la masturbation. Celle-ci a un grand inconvénient, c'est d'épuiser davantage encore le malade, d'aggraver son état et quelquefois même de le rendre chronique.

Les hallucinations vraies sont rares. Quand elles existent c'est en général dans des cas longs, graves et quelquefois chroniques ou périodiques.

Il est important de remarquer que les troubles sensoriels ne sont dans la manie qu'un élément surajouté et ne dirigent pas le délire, ce qui la distingue du délire systématisé aigu.

Les troubles organiques sont moins importants au point de vue diagnostique que pronostique.

Le facies est vultueux, et pâle par moments.

Le pouls est lent. L'appétit est diminué ou au contraire vorace. La langue est saburrale. Il se produit un amaigrissement souvent considérable. Les règles se suppriment. Les sécrétions, telles que la sueur, la salive, sont augmentées. Il y a de l'insensibilité au chaud et au froid.

Quand on voit survenir de la pâleur persistante,

des contractions du visage, de la paresse de l'iris, et que la température s'élève, on doit craindre quelque complication cérébrale ou autre, en tous cas un état grave et qui peut se terminer assez rapidement par un dénouement mortel.

Parmi les *causes* à rechercher comme ayant pu déterminer la manie il y a les lésions utérines, les troubles de la menstruation, les excès vénériens, le surmenage, etc.

Les excès vénériens provoquent une forme spéciale de manie, dite *manie sexuelle* qui n'est pas une manie franche, mais comprend des éléments de délire systématisé, et qui est en général peu curable, avec tendance à la démence, ou qui laisse derrière elle un affaiblissement intellectuel et des bizarreries de caractère.

Durée. — La *durée* de la manie varie de quinze jours à trois mois souvent, et, plus souvent encore, six et neuf mois. Passé deux ans il est bien rare qu'on puisse encore espérer une guérison complète.

Il se produit souvent, dans les périodes de calme, un léger état de dépression. Il ne faut pas s'y fier et croire tout de suite à une guérison rapide. Souvent, au contraire, l'excitation reparaît très vite et plus violente. Il y a aussi des exacerbations au moment des règles. La santé se fait par lueurs d'abord, puis par accalmies de plus en plus prolongées. De même que dans la convalescence de la mélancolie il y a tendance à l'exaltation, dans celle de la manie il y a tendance à la dépression.

Des *intervalles lucides*, qui n'annoncent pas la guérison, surviennent assez souvent. Le malade est bien le jour, mais l'état d'agitation reparaît la nuit, et cette situation persiste aussi quelquefois très longtemps, et empêche de le remettre en liberté.

La manie peut affecter la *forme circulaire*. Le passage de l'accès maniaque à l'accès mélancolique peut se faire de trois façons différentes : brusquement, progressivement ou enfin par oscillations. Suivant l'ordre de succession des phases expansive et dépressive, on a la folie *circulaire* ou la folie à *double forme*. La folie circulaire ou alternante est ainsi constituée : manie, mélancolie, intervalle court, manie, mélancolie, etc. La folie à double forme est la suivante : manie, intervalle long, mélancolie, intervalle long, manie, etc.

Pronostic de la durée. — Il y a longue durée probable lorsque le malade a surtout de la manie intellectuelle, qu'il cause beaucoup, délire même, sans se livrer à aucun mouvement désordonné; qu'il n'est pas agité.

Plus le sujet est jeune, plus la durée est courte; il en est de même s'il n'a qu'une légère hérédité ; plus aussi la forme est franche, l'agitation violente, et moins il y a de délire à proprement parler.

Pronostic de la terminaison. — La manie peut se terminer, dans les cas où elle ne guérit pas, par la chronicité, la démence ou la mort.

La *périodicité* se montre surtout, en dehors de la folie circulaire, dans la *manie raisonnante*, où il y a

absence de conceptions délirantes, où l'intelligence n'est pas troublée. Les malades ont pleine conscience de leurs actes et de leurs paroles ; ils ne sont pas incohérents en apparence comme dans la manie vulgaire ; ils se livrent à des moqueries, des méchancetés, des ruses de toutes sortes, font sans cesse des plaintes et des réclamations, ont la plus haute idée de leur valeur personnelle à tous points de vue. C'est de la manie sans délire, présentant certains symptômes de la première période de la manie vulgaire.

Cette forme expose à toutes sortes d'actes délictueux, et prête le plus facilement aux procès, aux contestations, aux interventions médico-légales (Voy. *Folie morale*). Elle présente des périodes d'accalmie et d'exacerbations. Ces dernières vont souvent jusqu'à un état d'excitation maniaque qui nécessite l'internement.

La *chronicité* survient dans les manies graves d'emblée, ou s'il y a une lourde tare héréditaire, ou enfin après des récidives répétées.

La manie furieuse peut durer des années, avec des périodes de calme par épuisement.

Dans la manie simple, les névralgies, l'anémie profonde, les abus génésiques, peuvent amener la chronicité.

Les vociférations, les impulsions homicides, destructives, les automutilations, sont de très mauvais augure au point de vue de la guérison.

La suppression permanente des règles, l'augmentation du poids du corps et le retour du sommeil sans amélioration concomitante de l'état mental in-

diquent presque sûrement le passage à la chronicité.

Elle se reconnaît encore aux symptômes suivants : le langage devient peu à peu confus, les traits se décomposent, le regard perd de son éclat; le malade a l'air de ne pas comprendre les questions qu'on lui pose, il devient indifférent, et tombe dans le gâtisme.

Si l'agitation, au lieu de se montrer dès le début, ne survient qu'après une assez longue période d'exaltation, et si surtout elle s'installe progressivement, il y a de grandes chances d'incurabilité. La présence des hallucinations au lieu d'illusions simples est encore un indice de la gravité de la manie. Il en est de même de la longue durée de l'affection : au bout de deux ans la guérison est exceptionnelle.

La *guérison* survient dans les 7/10 des cas.

Elle survient surtout dans les formes franches, lorsqu'on a affaire à une manie avec agitation et turbulence, ayant débuté d'une façon aiguë, avec illusions sensorielles multiples, désordre complet des actes, sans état congestif du cerveau. Dans ces cas on voit, au bout d'un temps plus ou moins long, le sommeil reparaître, le poids du corps augmenter sans adipose, le malade redevenir capable d'attention, se remettre à travailler, et présenter des intervalles lucides de plus en plus fréquents et prolongés.

Lorsque la guérison se produit au bout de longtemps dans les formes graves, il subsiste ordinairement des lacunes dans l'inteligence, une grande excitabilité du caractère qui rend quelquefois la vie impossible pour l'entourage du malade. A la suite des

manies sexuelles, il n'y a que rarement guérison complète. Il subsiste presque toujours de l'affaiblissement intellectuel et des troubles du caractère.

Les *récidives* sont fréquentes dans la manie. Mais en général les chances de guérison diminuent de plus en plus à chaque nouvel accès.

La *mort* peut enfin terminer la manie. Elle peut se produire par le fait d'une complication pulmonaire, le plus souvent, ou par épuisement, cachexie progressive. Des troubles trophiques, furoncles, eschares, pétéchies, sueurs, amaigrissement général, gâtisme, se montrent et finissent par faire succomber le malade dans le marasme.

Pronostic général :

Guérison possible dans la manie simple ;
— rare dans la manie sexuelle.
Chronicité probable : manie raisonnante, manies graves.
Incurabilité : manie périodique, folie circulaire.

Intervention pratique. — Manie franche : internement dès la première période en raison des actes délictueux et des inconséquences graves pour leur fortune et leur honneur, que peuvent commettre les malades. Isolement complet, calme absolu.

Manie circulaire, périodique : internement, et, dans les intervalles lucides, surveillance très active. Empêcher le malade de reprendre ses affaires.

Manie raisonnante (Voy. *Folie morale*).

Telle est la manie vraie. Elle se présente souvent dans la *débilité mentale* et n'y offre pas de ca-

ractères bien particuliers, — sinon qu'elle n'est pas très franche et s'accompagne souvent d'idées de persécution ou mélancoliques, ou hypochondriaques. La durée en est moins longue; elle se montre par bouffées; mais les récidives sont fréquentes, et tôt ou tard la chronicité apparaît; ou bien il persiste un état de demi-agitation qui rend la vie impossible dans la société.

Mais à côté de la manie il est certaines affections qui peuvent y ressembler au premier abord. Ce sont: le *délire systématisé aigu*, la *mélancolie anxieuse* ou agitans, et quelquefois des accès d'agitation chez des *persécutés*.

3° **Délire systématisé aigu.** — Le début est brusque; le délire survient à la suite d'une forte émotion, ou de préoccupations continues, chez les femmes surtout, et ordinairement chez des sujets à hérédité fortement chargée.

Les hallucinations de tous les sens apparaissent dès le début, avec obnubilation de la conscience, et amènent des impulsions brusques. Le langage est incohérent, les idées confuses. Il y a un mélange d'idées de persécution, mélancoliques, hypochondriaques, de grandeur, de suicide. Aucune systématisation absolue, mais seulement une prédominance du délire dans tel sens plutôt que tel autre. Les interprétations délirantes sont très nombreuses et ne précèdent guère les hallucinations.

Le malade, en proie à des hallucinations de caractère pénible, pris de panophobie, se livre à une agi-

tation quelquefois assez violente dans laquelle il se sauve de côté et d'autre, crie, se débat si on l'approche.

La nature des idées et des interprétations déli rantes, basées sur l'état hallucinatoire, ne permet guère de pouvoir confondre cette affection avec de la manie vraie.

Ce délire se montre d'ailleurs d'une façon tout à fait aiguë et passagère, sous forme de bouffée qui guérit rapidement, pour peu qu'on isole immédiatement le malade.

Souvent il persiste à la suite quelque idée isolée de nature hypochondriaque ou de persécution, qui est souvent le point de départ de nouveaux accès. Car les récidives sont fréquentes et finissent par amener un délire systématisé persistant.

4° **Mélancolie anxieuse, agitans.** — Sous l'empire de leur angoisse, les malades vont, viennent, répètent sans cesse les mêmes mots, les mêmes phrases, se jettent à terre, se frappent la tête avec les poings ou contre les murs, pleurent, gémissent, résistent violemment à ce qu'on veut leur faire faire, poussent des cris de terreur, ou se prosternent, se jettent à terre.

Il serait difficile de confondre cette agitation avec de l'agitation maniaque : l'attitude générale, la physionomie, les plaintes du malade, suffisent à montrer qu'on a affaire à un accès de désespoir et non pas à de l'excitation.

Pour le pronostic et le traitement, voyez *États de dépression.*

5° **Délire de persécution.** — Le délire de persécution est quelquefois traversé par des épisodes aigus. Après une période d'irritabilité, de concentration, le malade s'emporte tout à coup en récriminations et en violences. Il parle seul, chante nuit et jour, se déshabille, déchire ses vêtements, casse tout ce qui tombe à sa portée, vocifère, injurie, dit des obscénités, frappe au besoin ceux qui l'approchent; il s'agite continuellement, est glouton, vorace, érotique.

Mais il est facile de constater son état hallucinatoire (Voy. *Hallucinations*) : sa loquacité n'a aucune incohérence apparente; les idées s'associent bien entre elles et sont basées sur les hallucinations. Il s'adresse, en effet, à des êtres imaginaires, ce dont il est facile de se rendre compte pour peu qu'on l'écoute à son insu. Du reste le délire est systématisé et ce caractère suffit à lui seul pour écarter toute idée de manie.

Ces accès d'agitation peuvent quelquefois durer très longtemps, plusieurs semaines et même plusieurs mois. Ils ne modifient en rien le pronostic et les indications du délire de persécution ordinaire Ils indiquent toutefois, dans le cas où le malade est encore en liberté, qu'il est nécessaire de l'interner, et lorsqu'il est interné de se défier des périodes d'accalmie, dont la durée est impossible à prévoir, et de ne pas le remettre en liberté sous prétexte de rémission. Les malades de ce genre sont en effet très dangereux pour leur entourage et doivent être toujours séquestrés.

IDÉES DE SUICIDE

Le suicide est une cause fréquente de mort dans certaines formes d'aliénation, dont il constitue parfois un véritable symptôme. Les malades qui présentent des idées de suicide les dissimulant le plus souvent, il est d'une importance capitale de savoir dans quels cas on doit les rechercher pour prendre des précautions nécessaires, et, si le malade n'en veut pas faire l'aveu, à quels signes on peut les reconnaître.

L'utilité qu'il y a à les découvrir n'est pas aussi grande pour le diagnostic que pour les mesures à prendre. Il serait oiseux d'insister sur l'importance qu'il y a à les rechercher, quand on sait surtout que les affections où on les rencontre sont souvent des maladies essentiellement curables, et où une mort accidentelle est par conséquent d'autant plus regrettable qu'elle prive la société d'un membre qui aurait pu redevenir actif et continuer à y remplir un rôle utile.

Les maladies où les idées de suicide se rencontrent le plus souvent et avec le plus d'intensité, où elles sont le plus souvent aussi mises à exécution, sont

les suivantes, par ordre de fréquence approximatif :

1° *Mélancolie;*
2° *Alcoolisme et dipsomanie;*
3° *Impulsions constantes;*
4° *Épilepsie;*
5° *Hypochondrie;*
6° *Délire mystique;*
7° *Folie puerpérale;*
8° *Délire aigu et syphilitique;*
9° *Démence sénile;*
10° *Persécutés séniles;*
11° *Paralysie générale;*
12° *Délire de persécution;*
13° *Morphinomanie;*
14° *Hystérie.*

1° **Mélancolie.** — Nous avons vu, à propos des hallucinations, combien il était souvent difficile et même impossible de savoir l'étendue du délire des mélancoliques et la nature de leurs préoccupations. Parmi ces dernières il n'en est pas de plus grave que l'idée de suicide. Il est de première importance de la rechercher toujours lorsqu'on se trouve en présence d'un mélancolique, car il faut se rappeler deux choses : 1° que l'idée de suicide est un phénomène qui peut toujours apparaître dans la mélancolie au moment où on s'y attend le moins; 2° que plus l'idée est prédominante, plus le sujet est prêt à passer à l'acte, et moins il l'avoue. On doit donc toujours se méfier des mélancoliques et surtout des mélancoliques hallucinés.

Le mode de suicide auquel ils recourent fréquemment est le refus d'aliments. Ce sont surtout les stupides qui l'emploient. Les anxieux choisissent en général la pendaison ou la submersion, si elle leur est facile, ou plus rarement la défenestration. Très souvent aussi les mélancoliques simples cherchent à s'empoisonner. Les facilités qu'ils ont du reste pour tel ou tel mode le leur font souvent préférer.

L'idée de suicide est un véritable symptôme de la mélancolie. Quatre cas principaux peuvent se présenter :

Premier cas. — Il s'agit d'un mélancolique avec conscience qui vous raconte tout ce qu'il éprouve, l'incapacité où il se trouve de faire ce qu'il doit faire. Il vous avoue assez facilement d'ordinaire que par moment l'idée lui vient « qu'il ferait mieux de se tuer pour débarrasser les siens auxquels il ne cause que de la gêne et du souci », ou bien « qu'il vaudrait mieux qu'il fût mort, mais qu'il est trop lâche pour se tuer », etc., etc. Dans sa conversation cette perspective d'en finir pour ne plus gêner les autres perce fréquemment. Tant que les malades l'avouent, il est rare qu'ils mettent ces idées, vagues en somme, à exécution. Mais il faut toujours se rappeler qu'à un moment quelconque l'idée peut prendre brusquement une grande intensité et se transformer en acte.

Deuxième cas. — Le malade est dans la dépression mélancolique avec délire, et hallucinations psycho-motrices verbales. Il fait encore l'aveu de ses penchants au suicide, quand on le presse de questions, et il vous dit même quelquefois à quel moyen il a

songé, quelle tentative même il a pu faire, mais que tel ou tel obstacle matériel ou moral est venu l'empêcher d'aller jusqu'au bout. Ce n'est pas sans réticences qu'il fait un pareil aveu, et pour l'obtenir il ne suffit pas de lui demander s'il a songé à se faire du mal, il faut lui en parler comme d'une chose qu'on regarde comme presque certaine, et au besoin, quand on le voit hésitant, lui indiquer à quel moyen il a songé à recourir autour de lui, d'après les conditions de milieu qu'on lui connaît. Si on tombe juste il a peur, avec les scrupules de conscience de tout mélancolique, qu'un mensonge ne lui attire des châtiments et il avoue; si on se trompe il tient à honneur de ne pas se laisser accuser d'avoir employé ce moyen et il rétablit la vérité. D'autres fois encore en l'interrogeant sur ce que lui disent ses hallucinations, et surtout sa voix intérieure, on apprend qu'elles lui disent : « Tu es indigne de vivre, tue-toi! »

Troisième cas. — Mais le malade est anxieux. Tout interrogatoire est pour lui une terreur, et a pour but d'obtenir l'aveu de ses fautes, de ses crimes, et de le condamner aux plus épouvantables supplices. Dès lors il cache ses idées de suicide de façon à tromper la surveillance et à échapper par la mort aux tortures qu'on lui réserve.

Dans ce cas comme dans le précédent, lorsqu'on n'a pu arracher un aveu formel au malade, il est cependant encore possible de soupçonner et même d'affirmer des idées de suicide chez lui. Nous devons insister sur ces *signes objectifs d'une idée*, comme nous avons déjà insisté sur ceux des hallucinations.

Certains mélancoliques délirants, hallucinés, anxieux par moments, presque stupides dans d'autres, ont sur le visage un air de résignation fataliste. Ils sourient, quand vous les regardez, d'un sourire énigmatique, indéfinissable, sur lequel ils ne veulent vous donner aucune explication. Ils semblent rêver à l'au-delà. Ils sourient même parfois d'un air sceptique lorsque vous les encouragez, comme s'ils pensaient : « A quoi bon; vous pouvez me dire tout ce que vous voudrez, me faire tous les raisonnements possibles; je vous en remercie, mais je sais quel sort fatal m'attend, et je sais aussi ce qui me délivrera de tous mes maux. » Leur sourire est celui du martyr entrevoyant sa délivrance dans le ciel.

Il faut toujours se méfier des manifestations contraires aux tendances générales du délire : la gaieté chez les mélancoliques, la tristesse chez les maniaques.

Si on doit craindre le sourire et la gaieté dans la période aiguë de la mélancolie, on doit également les trouver de mauvais augure dans certains cas plus anciens, où ils prennent un caractère forcé. Mais cette question importe surtout au point de vue du pronostic et des indications thérapeutiques, plutôt qu'au point de vue des idées de suicide elles-mêmes. Nous y reviendrons plus loin à propos du pronostic de la mélancolie.

Un autre signe objectif des idées de suicide, c'est le brusque changement qui s'opère quelquefois chez un mélancolique. Hier triste, abattu, incapable de se livrer à aucun travail, anxieux et gémissant, on

le voit tout à coup se métamorphoser, se mettre à parler, demander à travailler. Il prie qu'on le laisse seul, qu'on ne se dérange pas pour lui, qu'on peut être tranquille, qu'il ne se fera pas de mal, qu'il a simplement besoin de repos, et que la société le fatigue. Il faut se garder de croire à une heureuse et très rapide amélioration et d'accéder à ses désirs. Bien au contraire, il faut redoubler de surveillance, car il ne cherche à éloigner l'entourage que pour échapper à la surveillance et attenter à ses jours. Les guérisons brusques doivent toujours rendre circonspect, aussi bien pour les autres maladies mentales que pour la mélancolie.

Tout ce qui contraste avec l'attitude ordinaire du malade doit éveiller l'attention. Il en est par exemple ainsi de certaines phrases à double entente, ambiguës, que les mélancoliques à idées de suicide ont coutume de prononcer : « Oh ! ce sera bientôt fini ! » vous répondent-ils, quand vous leur annoncez qu'ils guériront très bien. Ou encore ils vous diront le soir : « Demain, cela ira tout à fait bien », etc., etc. Il faut être à l'affût de leurs moindres paroles et se demander toujours quel sens caché ils y attachent. Ces précautions s'imposent surtout lorsque l'idée de suicide domine tellement la scène qu'elle donne à la maladie cette forme qu'on a appelée mélancolie suicide.

Quatrième cas. — Il s'agit ici de mélancoliques avec stupeur, de ces malades qui restent immobiles dans la même situation pendant des jours et des semaines, ne paraissant penser à rien. Or il faut bien

savoir que si certains d'entre eux ne pensent en effet à rien, le plus grand nombre ont un délire extrêmement actif, des idées terrifiantes qui les clouent sur place, des hallucinations très intenses. Les malades sont sujets à des raptus, à des impulsions subites, imprévues, qui les portent aussi bien à se précipiter par une fenêtre ou à se frapper avec un instrument quelconque mis à leur portée, qu'à frapper leur entourage.

Nous manquons ici des signes objectifs que nous signalions dans le cas précédent. Mais nous avons vu, dans le chapitre des hallucinations, à quoi l'on pouvait reconnaître la présence de ces dernières chez ces malades, et la fréquence des raptus étant connue chez eux, il faut *toujours* prendre plutôt plus que moins de précautions.

A ce propos nous devons dire à quel moment se produisent plus particulièrement les suicides chez les mélancoliques. Lorsque l'idée de suicide est l'idée fixe, prédominante, du malade, il est évident qu'il ne choisit aucun moment et que celui où la surveillance se relâche, quel qu'il soit, est celui dont il profite. Mais chez la plupart des mélancoliques, où les hallucinations jouent le plus grand rôle dans l'impulsion au suicide, c'est ordinairement dans la seconde partie de la nuit qu'ils cèdent à leur penchant. Il est vraisemblable que c'est alors sous l'influence de leurs rêves et de leurs hallucinations plus intenses à ce moment que se fait le passage de l'idée de l'acte. On sait en effet que c'est le matin que les mélancoliques sont toujours plus mal, pour

les mêmes raisons. Les infirmiers doivent donc redoubler de surveillance à l'aurore.

Nous verrons plus loin en terminant, quelles indications d'urgence la constatation des idées de suicide entraîne et quels moyens on peut et on doit employer pour les empêcher de se réaliser.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un mélancolique sur lequel on n'a aucun renseignement et qui ne répond pas à l'interrogatoire, on peut reconnaître les tentatives de suicide qu'il a pu faire en examinant le cou qui porte un sillon s'il y a eu pendaison, ou les membres qui sont le siège de traumatismes, de coupures au niveau des veines, ou la région du cœur qui porte également des traces de blessure par instrument piquant.

Dans les états mélancoliques consécutifs aux fièvres graves, fièvre typhoïde, variole, influenza, les idées de suicide sont particulièrement fréquentes et inattendues en raison du faible degré de dépression relative qu'on y observe.

2° **Alcoolisme.**— Le suicide dans l'alcoolisme peut se présenter de différentes façons : ou bien il se produit d'une façon inopinée, ou bien il est la résultante des conceptions délirantes et surtout des hallucinations terrifiantes auxquelles le malade est en proie, ou enfin il est la conséquence de l'état de dépression mélancolique ou hypochondriaque dans lequel est plongé le malade.

a) Il se produit d'une façon inopinée, du fait d'une impulsion subite, irraisonnée, sous l'influence le plus souvent d'un excès de boisson qui ne va pas

jusqu'à l'ivresse, mais qui détermine cependant quelques illusions. Tel est le cas d'un cocher alcoolique qui, passant sur un pont, descendit tout à coup de son siège et se jeta dans la Seine.

Dans ce cas on n'est évidemment appelé à se prononcer qu'après coup. Mais si, par hasard, le malade vous a consulté quelque temps avant pour des troubles physiques rattachables à l'alcoolisme, il ne faut jamais oublier de faire des recherches dans le sens des idées délirantes, des illusions et des hallucinations et surtout des idées de suicide qui peuvent en être la conséquence et avoir déjà traversé son esprit. Il faut le mettre en garde, ainsi que les siens, contre cette tendance d'une façon capable de le frapper et de le retenir — si possible — sur la pente où il glisse.

D'autres fois, c'est à la suite d'une tentative d'homicide (Voy. *Homicide*) qu'il se frappe.

C'est ce qu'on observe fréquemment chez les hommes mariés qui, jaloux de leur femme, — comme la plupart des alcooliques, d'une manière irraisonnée et excessive, — et sous l'influence d'un commencement de délire, la tuent et se tuent après. Si ces cas ne relèvent pas de la médecine mentale à proprement parler, ils sont du ressort de la médecine légale. Dans le cas, en effet, assez fréquent où l'individu ne se tue pas et ne fait que se blesser, la question se pose de savoir s'il a agi consciemment ou non, s'il est, par conséquent, coupable ou non. Or la façon seule dont les choses se sont passées suffit presque à en indiquer l'origine : homicide sans mo-

tif ou pour une querelle de jalousie, commis le soir ordinairement, c'est-à-dire exactement à l'heure où le délire alcoolique se développe le plus facilement, et suicide immédiatement après, telle est la façon, on peut dire classique, dont se succèdent les événements.

b) Dans le second cas le malade délire et c'est à l'occasion de ce délire qu'on est appelé à le voir. Le fond du délire alcoolique est basé surtout sur des hallucinations terrifiantes, soit de l'ouïe — menaces de mort, de supplices, etc., — soit de la vue — figures menaçantes, animaux terrifiants, répugnants. En proie à ces hallucinations, le malade cherche à y échapper. Tantôt il frappe ses ennemis imaginaires, tantôt il recourt au suicide. Mais, le plus souvent, c'est par erreur qu'il se tue. Il se jettera dans l'eau ou passera par une fenêtre, par le fait d'une illusion qui les lui fait prendre pour un chemin ou pour une porte.

En présence d'un délirant alcoolique avec hallucinations terrifiantes et crises d'anxiété, il faut toujours craindre le suicide impulsif et prendre des mesures en conséquence.

c) Enfin chez des alcooliques chroniques, un peu déments, présentant quelquefois cet état désigné sous le nom de pseudo-paralysie générale alcoolique, et qui sont plongés dans un état de dépression mélancolique ou hypochondriaque, des idées de suicide surviennent au même titre que dans la mélancolie, chronique ou non. Les malades, dans ce cas, s'y préparent de longue main et de la même façon.

On doit donc y penser quand on constate chez eux du *tædium vitæ*. Il est vrai que, par suite de la faiblesse de leur volonté et de leurs conceptions, leurs tentatives échouent fréquemment, étant mal combinées.

On voit souvent ces tendances au suicide se manifester chez les alcooliques héréditaires, et surtout lorsque leurs ascendants en ont eux-mêmes présenté ou y ont succombé. On doit donc rechercher, dans les cas d'alcoolisme délirant, ce point d'anamnèse.

3° **Impulsions conscientes.** — (Voy. *Impulsions.*)

4° **Épilepsie.** — On peut observer le suicide dans deux cas chez les épileptiques. Ou bien des idées de suicide surviennent au même titre que dans la dégénérescence mentale non compliquée d'épilepsie, ou bien c'est dans un accès inconscient, dans le délire consécutif à une attaque, dans le mal intellectuel, que le malade se tue en se jetant par une fenêtre ou en se plongeant une arme dans la poitrine. Après la tentative, le sujet, quand elle n'a pas abouti, n'en conserve aucun souvenir, et ne peut donner aucune explication des motifs qui l'y ont poussé.

5° **Hypochondrie.** — Le suicide est fréquent chez les hypochondriaques, non seulement en raison de la dégénérescence mentale qu'ils présentent, mais encore en conséquence des douleurs qu'ils ressentent et du désespoir qu'ils ont de ne pouvoir guérir (hypochondrie physique ou morale). L'idée de suicide peut devenir véritablement obsédante, mais, en

général, au bout d'un assez long temps et après que le malade a épuisé tous les secours de la thérapeutiques et a fait tous les essais possibles pour se guérir.

6° **Folie mystique.**— Quoique le suicide soit moins fréquent peut-être que l'homicide dans la folie religieuse, il peut cependant s'y rencontrer. Mais plus souvent que le suicide c'est aux mutilations que les malades ont recours ; castration, ablation des seins, crucifixion, etc. Ils doivent donc être étroitement surveillés, car, alors même qu'ils n'ont pas l'intention de se suicider, ils peuvent mourir d'une mutilation dont ils n'ont pas prévu les conséquences. (Voy. *Folie mystique.*)

7° **Folie puerpérale.** — Elle mène souvent au suicide dans la forme dépressive mélancolique, surtout quand elle survient au moment de la lactation. (Voy. *États mélancoliques.*)

8° **Délire aigu, syphilitique, etc.** — Dans le cours du délire aigu, du délire syphilitique, et des délires fébriles (méningite, rhumatisme cérébral, fièvre typhoïde), on voit quelquefois des tentatives de suicide se produire d'une façon tout à fait inopinée. En général il n'y a pas, par conséquent, grande préméditation, car il se produit sous l'influence d'une hallucination et plus souvent d'une illusion. C'est ce que le public appelle « se tuer dans un accès de fièvre chaude ». Quelquefois la tentative se fait en se serrant le cou avec les mains, ce qui n'est pas suffisant ordinairement, ou le plus souvent en se jetant par une fenêtre. Il est donc assez facile de

prendre des précautions suffisantes en pareil cas pour éviter tout malheur.

9°-10° **Démence sénile, délire de persécution sénile.** — Dans la démence sénile, surtout quand elle s'accompagne d'idées de persécution, les tentatives de suicide sont assez fréquentes, contrairement à ce qui se passe dans le vrai délire de persécution, qui a un caractère actif plutôt que passif comme chez les vieillards. Mais il est juste d'ajouter qu'ordinairement les tentatives sont assez puériles et que sitôt qu'elles menacent d'entraîner la mort, l'instinct de la conservation reprend le dessus, et que le malade appelle à son secours. La fable *la Mort et le Bûcheron* s'applique absolument à eux.

11° **Paralysie générale.** — Elle peut entraîner aussi le suicide quand elle revêt la forme hypochondriaque. Mais presque toujours il a, comme tous les actes des paralytiques généraux, un caractère absurde et puérile. Ils essayeront, par exemple, de se tuer devant plusieurs personnes, ou détruiront par un acte contradictoire l'effet de leur tentative, comme celui qui après avoir allumé un réchaud pour s'asphyxier ouvrit sa fenêtre pour que la fumée ne noircît pas les rideaux. Aussi leurs tentatives aboutissent-elles rarement, par suite du manque de réflexion qui y préside.

12° **Délire de persécution chronique.** — Le suicide y est exceptionnel et contraire, du reste, au génie de ce délire, dans lequel les malades ont toujours tendance à défendre leurs droits envers et contre tous, et au besoin par la violence.

Où on peut le rencontrer, c'est dans ces formes de délire hallucinatoire subit et généralisé avec idées mélancoliques, craintes, terreurs imaginaires, idées hypochondriaques qui se systématisent rarement.

Il se montre aussi dans le délire de persécution des alcooliques, où il se produit alors sous l'influence des hallucinations terrifiantes. Or il est à remarquer que dans le vrai délire de persécution, en raison de l'hypertrophie de la personnalité, le malade, quelles que soient les persécutions dirigées contre lui, se croit toujours le plus fort et capable d'y résister. Et la preuve, c'est que, bien loin d'en être abattu, son orgueil se développe et qu'il aboutit au délire des grandeurs. Dans les autres formes, au contraire, les idées de persécution, les hallucinations surtout, terrifient les malades. Cela tient sans doute à ce qu'elles sont visuelles, et menacent ainsi plus directement le malade que de simples paroles toujours prononcées à une certaine distance, de sorte que le malade n'est en butte à ses ennemis qu'indirectement en quelque sorte.

Signalons enfin chez les vrais persécutés le refus d'alimentation, qu'on pourrait regarder comme une tentative de suicide, mais qui, en réalité, est tout l'opposé, puisque c'est au contraire dans la crainte d'être empoisonnés qu'ils opposent ce refus, toujours passager d'ailleurs.

13° **Morphinomanie.** — On voit quelquefois le suicide se produire chez des morphinomanes, et cela dans deux cas : *a*) pendant l'état de besoin ; *b*) pendant l'état de bien-être morphinique.

a) Sous l'influence de l'abstinence le morphinomane devient un véritable aliéné, capable d'obéir à toutes les impulsions pour se procurer de la morphine. Mais quand il est incapable de le faire, sa souffrance, son angoisse, peuvent être telles que, son manque d'énergie morale y aidant, il se tue de désespoir.

Quelquefois cette tentative ne survient qu'assez longtemps après la suppression, quand le malade est incapable de revenir à son état de forces antérieur et tombe dans la dépression. C'est rare.

b) Dans le second cas, il s'agit d'hommes qui ayant conscience qu'ils vont à leur perte et à leur ruine, sont pris de désespoir en voyant qu'ils sont incapables de s'arrêter sur cette terrible pente, et préfèrent la mort à leur déchéance, en reculant, en vertu de l'abaissement de leur volonté et de leur moral, devant la suppression quelle qu'elle soit, lente ou brusque.

11° **Hystérie.** — Les hystériques font fréquemment des menaces de suicide. Il ne faut pas trop s'en effrayer. Il est rare que de simples hystériques, ne présentant aucun autre trouble mental, en viennent là. Leurs menaces n'ont pour but, le plus souvent, que d'obtenir de leur entourage la satisfaction d'un caprice, et si elles font une tentative, elles s'arrangent en général de façon à être arrêtées à temps. Il est bon toutefois de ne pas leur laisser entre les mains des drogues dangereuses, car elles pourraient se tuer par imprudence, ne comprenant pas la portée de leur acte.

Chez les hystéro-traumatisés, les hystéro-neurasthéniques déprimés, découragés, les tendances au suicide sont, au contraire, sincères et se réalisent plus fréquemment.

Valeur pronostique et indications.

Maintenant que nous savons dans quels cas on doit rechercher les idées de suicide, en redouter l'apparition, à quels signes les reconnaître quand le malade ne les avoue pas, nous devons nous demander quelle en est la valeur au point de vue du *pronostic*, c'est-à-dire : 1° quelle influence elles ont sur l'évolution de la maladie mentale où elles se montrent ; — 2° quelle gravité elles ont en elles-mêmes ; — et, 3° comme *conclusion pratique*, quelles précautions elles obligent de prendre.

1° *Quelle influence les idées de suicide ont-elles sur l'évolution de la maladie mentale?*

Dans la *mélancolie*, l'idée de suicide constitue un véritable symptôme. Elle n'aggrave en aucune façon le pronostic. Elle commande seulement de grandes précautions et constitue un danger toujours imminent. Elle indique seulement que l'affection est assez intense et que par conséquent sa durée sera longue.

Où l'idée de suicide revêt un caractère particulièrement sérieux, c'est quand la mélancolie prend la forme suicide, et que le malade cherche par tous les moyens, refus d'aliments et autres procédés,

à se donner la mort. Dans ce cas l'idée de suicide est souvent la première en date, et c'est même quelquefois une tentative qui détermine l'entourage à faire intervenir le médecin. La mélancolie suicide (si tant est qu'on puisse faire une forme spéciale des cas où c'est l'idée fixe des malades) est grave en ce sens qu'elle est de longue durée, et que le malade est toujours sujet à se tuer dès qu'il en trouve l'occasion. Il faut encore se méfier au moment de la convalescence, alors que son état paraît cependant très bon.

Dans l'*hypochondrie*, dans la *folie mystique*, dans la *démence sénile*, l'idée de suicide est de très mauvais augure. Outre qu'elle peut toujours se réaliser, elle indique un état grave et qui n'a que peu de tendance à la guérison, ou qui, s'il s'atténue, a toutes chances pour réapparaître et persister.

Dans l'*alcoolisme* elle n'aggrave pas le pronostic du délire. Mais elle est néanmoins de mauvais augure pour l'avenir, en faisant craindre que — comme c'est le cas ordinaire — le malade ne fasse une rechute, et que le suicide se produise avant qu'on ait eu le temps de le prévenir, et dès les premières manifestations délirantes. Où la tendance au suicide prend un caractère de gravité spéciale, c'est lorsqu'elle se montre, non plus sous forme d'idée (aboutissant ou non à l'acte), mais sous forme d'impulsion consciente ou non.

Pour l'obsession et l'*impulsion au suicide* des dégénérés, voyez *Impulsions*.

Le suicide qui se produit d'une manière absolu-

ment soudaine et impulsive dans l'*épilepsie*, la *folie puerpérale*, les *délires aigu*, *syphilitique* et *fébrile*, sans être précédé d'aucune idée permettant de le soupçonner, est grave par cela seul qu'on risque de ne pas pouvoir se mettre en garde contre lui. Mais, au point de vue de l'allure de la maladie au cours de laquelle il se montre, il n'en résulte aucune aggravation.

Dans la *morphinomanie*, le *délire de persécution*, l'*hystérie*, le suicide est rare, et l'idée n'a pas, en général, une grande persistance. Il en est de même dans la *paralysie générale*, où la façon enfantine dont il est tenté ordinairement, mais non toujours cependant, lui enlève beaucoup de sa gravité. Il n'assombrit pas, en tous cas, le pronostic de la maladie elle-même.

2° *Quelle gravité les idées de suicide ont-elles en elles-mêmes ?*

Toute idée de suicide est toujours grave, car il suffit d'un manque de surveillance pour qu'elle se réalise. Or, si dans certains cas où l'affection est chronique, incurable, le suicide accompli ne peut inspirer en somme que des regrets atténués, comme dans l'épilepsie grave, l'hypochondrie, le délire mystique, la démence sénile, la paralysie générale, le délire de persécution, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'affections curables, comme la mélancolie, le délire alcoolique, la folie puerpérale, les délires aigus, la morphinomanie, l'hystérie.

3° *Conclusion pratique.* — Mais, au point de vue du devoir médical, nous n'avons pas à considérer la curabilité ou l'incurabilité de la maladie dans laquelle se montre l'idée de suicide, mais seulement la sauvegarde du malade. Quelles précautions doit-on prendre en présence d'idées et plus encore de tentatives de suicide ? — Elles varient suivant que le malade est ou non interné.

S'il est en liberté il faut l'interner. Il est en effet presque impossible de surveiller suffisamment un aliéné à idées de suicide chez lui, où il a toutes les facilités possibles pour réaliser ses projets, en particulier par la défenestration ou la pendaison ; à moins cependant que sa fortune ne permette de l'isoler dans une chambre spécialement aménagée, comme celle d'un asile ou d'une maison de santé, et d'exercer sur lui une surveillance suffisante, rigoureuse et intelligente, nuit et jour.

Mais, sauf dans les cas où l'état mental auquel est liée l'idée de suicide doit être aigu et passager, il n'y a de véritable sécurité qu'avec l'internement dans un établissement spécial où tout est agencé en conséquence et où, surtout, on a l'habitude de ce genre de malades.

Une fois interné, on doit exercer sur le malade une surveillance continuelle. Les impulsifs conscients demandent eux-mêmes parfois l'emploi de moyens de contrainte, et la camisole bien appliquée offre une grande sécurité. Il n'y a guère que dans la mélancolie suicide ou anxieuse, le délire mystique et quelquefois le délire hypochondriaque, qu'il y

lieu de l'employer. Mais dans les autres cas, en raison de l'aisance qu'on doit laisser aussi grande que possible à la circulation et à la respiration, il vaut mieux s'en abstenir.

Son emploi peut d'ailleurs être restreint à la nuit. Dans le jour il suffit de rester constamment auprès du malade, dans un espace assez limité où tous ses mouvements puissent être facilement observés. *Sous aucun prétexte* on ne doit le quitter, et l'accompagner, même au water-closet, occasion la plus favorable pour lui d'échapper à la surveillance sans exciter trop de défiance.

La toilette doit être aussi simple que possible, et ne comporter aucun cordon, ni jarretières, bretelles, cravate, mouchoirs, etc., dont il puisse se servir pour se pendre ou s'étrangler.

On ne doit lui laisser aucun instrument tranchant on pointu; le surveiller à table pour qu'il n'emporte pas sa fourchette ou sa cuiller afin de s'en faire une arme. S'il refuse de manger il faut sans hésiter recourir à l'alimentation forcée avec la sonde.

Il est préférable de faire habiter ces malades au rez-de-chaussée. Les portes et fenêtres doivent, en tous cas, avoir une fermeture spéciale et ces dernières être munies de grillages, plutôt que de barreaux auxquels il est facile de se pendre.

C'est la nuit surtout que la surveillance doit être le plus sévère, et en particulier vers le matin, pour les raisons que nous avons données plus haut (Voy. *États de dépressions* et *Hallucinations*). On ne doit laisser que le strict nécessaire dans la

chambre, supprimer les clous, les rideaux avec cordons de tirage, les saillies trop proéminentes. Dans les cas intenses, les carreaux des fenêtres doivent être protégés par un grillage de façon à éviter que les malades ne les brisent et se fassent une arme avec les morceaux.

Les lits en bois sans saillies, et mieux encore des sommiers, placés directement sur le plancher, avec un matelas, constituent le couchage le plus sûr. Si les malades dans ces conditions cherchent à s'étouffer dans leurs oreillers, ou à déchirer leur chemise ou leurs draps en lanières pour s'étrangler, ou se jettent la tête contre les murs dans des paroxysmes de désespoir, il faut se décider ou à les placer nus dans une cellule capitonnée et chauffée, ou à les camisoler et les maintenir dans leur lit.

On ne doit, en tous cas, laisser à leur portée aucun vêtement, aucun objet dont ils puissent se servir pour se blesser les veines, pour avaler, s'étouffer, etc.

Quelles que soient les précautions prises, quels que soient les moyens de contrainte employés, il est des malades qui finissent quand même par réussir dans leurs tentatives et qui déploient, pour y arriver, une ruse extraordinaire. Aussi toutes les dispositions matérielles les meilleures ne sauraient-elles dispenser d'une surveillance continuelle, active et surtout intelligente et exercée.

REFUS D'ALIMENTS

Le refus d'alimentation est un symptôme grave au point de vue de ses conséquences. Aussi doit-on y veiller soigneusement, et est-ce une indication pour traiter rapidement les malades qui le présentent.

La gravité de ce symptôme dépend du reste aussi de la cause qui le provoque, de la nature de l'idée délirante qui l'entraîne. On l'observe dans les cas suivants :

1° *Mélancolie ;*
2° *Délire des négations ;*
3° *Délire de persécution ;*
4° *Hypochondrie ;*
5° *Hystérie ;*
6° *Manie.*

1° **Mélancolie.** — Les troubles digestifs sont des plus fréquents au début et dans le cours de la mélancolie, surtout dans les formes graves, anxieuses et stupides. Ces troubles dyspeptiques engendrent souvent ou provoquent tout au moins l'idée de refuser les aliments, par suite du manque d'appétit.

Quand les mélancoliques refusent de manger c'est le plus souvent par idée de suicide. Ne pouvant employer, par suite de la surveillance exercée sur eux ou d'un défaut d'énergie suffisante, un autre procédé pour se tuer, ils essayent de se laisser mourir de faim. Ils opposent d'abord un léger refus à l'alimentation, puis peu à peu un refus complet, quand ils voient qu'on ne les force pas à manger; et enfin un refus formel, obstiné, invincible. Ce régime entraîne une déchéance physique rapide et aggrave la maladie.

Il en est aussi qui refusent de manger par humilité, prétendant qu'ils en sont indignes, ne pouvant gagner leur vie ni payer leur nourriture.

Le cas le plus grave est évidemment le refus par idée de suicide, car les mélancoliques suicides mettent, pour arriver à leurs fins, une ténacité quelquefois extraordinaire.

Quand on commence à voir se manifester des tendances anorexiques chez un mélancolique il faut d'abord lui donner des purgatifs salins pour nettoyer son tube digestif et réveiller son appétit. Ensuite il faut user de son autorité morale pour le forcer à manger. En dernière ressource on est obligé de recourir à la sonde naso-œsophagienne.

Il arrive parfois qu'une seule application de la sonde les décide à manger, surtout si elle est faite immédiatement, avant que l'idée soit complètement ancrée, et les dégoûte de recommencer. Sentant leur impuissance à se tuer, ils renoncent à ce procédé. Mais une fois qu'on a dû, pendant plusieurs

jours de suite, donner la sonde, il y a bien des chances pour qu'on soit obligé de continuer pendant des semaines, et quelquefois des mois.

Quand, en ville, on constate de l'anorexie mélancolique, il faut se hâter d'intervenir, car elle se développe rapidement et entraîne un amaigrissement qui peut aller jusqu'au marasme et à la mort.

2° **Délire des négations.** — Les négateurs refusent de manger parce qu'ils n'existent plus, n'ont plus de bouche, d'estomac, d'intestin, que ces organes sont en pierre et ne peuvent digérer, etc. Mais il suffit souvent de laisser des aliments à leur portée pour qu'ils les prennent en quelque sorte à la dérobée, et nient ensuite l'avoir fait. Les hystériques, les déments, font souvent de même.

3° **Délire de persécution.** — Les persécutés peuvent passagèrement refuser les aliments parce qu'ils les croient empoisonnés (sitiophobie). En général il est rare qu'ils persistent dans cette attitude, et surtout que leur refus s'étende à tous les aliments. Les œufs, les fruits, tous les aliments ayant une enveloppe protectrice contre l'introduction du poison, sont ordinairement acceptés par eux. Les hallucinations elles-mêmes varient comme intensité et prédominance ; il est rare que l'anorexie dure quelque temps et ait par conséquent des inconvénients ou des dangers pour la nutrition générale.

Il n'y a donc pas lieu, dans l'immense majorité des cas, de faire quoi que ce soit, sinon de leur donner des aliments qu'ils puissent le moins soupçonner d'être contaminés.

4° **Hypochondrie.** — Les hypochondriaques ont, comme les mélancoliques, des troubles dyspeptiques très marqués, qui sont quelquefois l'origine de leur anorexie. Désolés de ne pas pouvoir guérir, ils tombent dans la dépression, dans l'hypochondrie morale, et cessent de manger par dégoût de l'existence.

D'autres, qui s'observent et s'étudient trop minutieusement, se persuadent quelquefois qu'ils sont incapables d'avaler quoique ce soit, parce qu'ils ont remarqué qu'ils ne peuvent avaler leur salive. On peut les rassurer en leur démontrant que normalement la déglutition ne peut pas se faire à vide. (Féré.)

5° **Hystérie.** — Les hystériques présentent une forme particulière de trouble mental, l'aornexie, que j'ai désignée du nom de *sitieirgie* hystérique, pour indiquer que ce n'était ni l'impossibilité de manger par suite de troubles dyspeptiques, ni la peur des aliments comme chez les persécutés, mais simplement le refus obstiné de toute nourriture quelle qu'elle soit. Elles ne mangent pas parce qu'elles ne veulent pas manger, parce qu'elles n'ont pas faim, ou ne veulent pas engraisser, ou parce qu'elles veulent inquiéter leur famille pour satisfaire quelque caprice.

Il en est qui mangent, mais vomissent tout, aussitôt après le repas.

Les anorexiques arrivent à tomber dans le marasme et la cachexie, s'exposent à la tuberculose, et meurent souvent si elles ne sont pas traitées à temps. Elles tombent d'abord dans un état apathique, dans la dépression morale, perdent la mémoire et sont

incapables de se livrer à aucun travail. C'est le seul accident hystérique dangereux pour l'existence.

Le seul *traitement* est l'isolement, et une fois fait, l'intimidation par le médecin, sans le secours ni de la sonde, ni de l'électricité, ni de l'hypnotisme (1).

6° **Manie.** — Enfin il est des malades qui ne peuvent pas manger par suite de leur agitation : ce sont les maniaques. On est obligé, dans ces cas, de pratiquer l'alimentation forcée avec la sonde.

Gloutonnerie. — Contrairement à l'anorexie, on voit certains malades présenter une grande voracité : ce sont les *idiots*, les *paralytiques généraux* et les *déments*.

Il faut prendre quelques précautions dans le choix des aliments et dans leur rationnement. Car ils meurent souvent du fait de corps étrangers des voies aériennes ou de congestions provoquées par des digestions trop difficiles.

(1) P. Sollier, *Anorexie hystérique. Formes pathogéniques, traitement moral* (*Revue de médecine*, 1891).

IDÉES HYPOCHONDRIAQUES

L'hypochondrie est une des affections que les médecins praticiens sont le plus souvent appelés à rencontrer en ville.

Elle peut constituer à elle seule une vésanie, ou bien encore n'être qu'un symptôme.

Nous allons d'abord l'examiner comme entité, puis au point de vue séméiologique.

HYPOCHONDRIE SIMPLE.

Cette forme, très commune peut se montrer à tous les degrés d'intensité, depuis la simple préoccupation de leur santé qu'ont certaines gens, jusqu'à l'idée hypochondriaque obsédante et fixe.

Ce sont ces individus qui se préoccupent continuellement des moindres sensations qu'ils éprouvent, font le désespoir de leurs nombreux médecins, qui n'arrivent jamais à les soulager, ne savent même pas, d'après eux, découvrir leur véritable maladie, et qui ne peuvent être traités comme des aliénés, quoiqu'ils le soient complètement.

Elle est caractérisée au point de vue intellectuel par une attention constamment fixée sur les sen-

sations anormales éprouvées par le malade, dans le domaine moral par de la dépression et de l'angoisse ; dans la sphère de la volonté par de l'inquiétude et de l'agitation, en même temps que par une indifférence croissante pour tout ce qui n'est pas la maladie.

Enfin, dans le domaine physique, on rencontre des troubles de la nutrition générale et des troubles de la sensibilité générale, surtout organique.

Elle peut se montrer isolée ou se transformer en mélancolie ou en délire systématisé. C'est une psycho-névrose qui repose sur une hyperesthésie des nerfs sensibles de tous les territoires organiques ou de quelques-uns seulement, hyperesthésie qui finit par déterminer une obsession psychique.

Analyse des symptômes. — *Moral.* — Les malades ne s'intéressent à rien qu'à leurs sensations pathologiques. Ils arrivent à un étroit égoïsme et enfin à une véritable ossification morale, à une indifférence absolue pour tout ce qui touche leur famille, leurs occupations ordinaires, les sentiments élevés. Quelques-uns cependant cachent soigneusement leurs préoccupations et montrent de bons sentiments.

Intelligence. — La marche des pensées est ralentie comme dans la mélancolie, malgré une surabondance d'idées tournant toujours dans le même cercle. L'intelligence peut rester normale pendant des années et même toute la vie, à moins qu'il ne survienne des interprétations fausses menant à un délire systématisé.

Volonté. — La volonté est très troublée. Les malades montrent à la fois de la sensiblerie et de l'irritabilité, avec une exagération évidente des manifestations de leur douleur. Ils sont toujours hésitants et une fois une idée admise, trouvent toujours des arguments pour leur en démontrer la fausseté. Aussi consultent-ils une série de médecins, sans jamais trouver personne qui les soulage complètement.

Symptômes physiques. — La sensibilité est exagérée dans certains territoires, diminuée considérablement dans d'autres. Les malades éprouvent des crampes, des vertiges, des tremblements. Les troubles digestifs sont extrêmement fréquents : inappétence, constipation, congestions céphaliques après les repas. Il en résulte des troubles trophiques, en particulier un amaigrissement rapide. Les troubles vaso-moteurs sont très marqués.

Nous verrons, à propos de la conduite à tenir avec eux, les principaux points de leur histoire clinique. Examinons pour le moment les conséquences de cet état hypochondriaque.

Les uns, découragés, se livrent à l'alcoolisme, ou plus souvent, aujourd'hui, à la morphinomanie ; d'autres se suicident, ce qui est le plus fréquent ; d'autres tombent dans la mélancolie ou l'hypochondrie morale : ils n'ont plus ni joie, ni sentiments affectifs, ni goût à leur travail ; ils le comprennent et s'en désolent. Il en est enfin qui construisent, sur leurs sensations anormales, un délire systématisé. Dans l'hypochondrie simple ces sensations

sont interprétées logiquement, et le malade croit à des maladies objectives possibles. Dans le délire systématisé hypochondriaque, il perd le reste de son bon sens et arrive à des idées absurdes, à des interprétations matériellement et logiquement impossibles de ses sensations.

La *marché* de cette hypochondrie est presque toujours chronique, rémittente, avec exacerbations. Elle dure des années et quelquefois toute la vie. Le début en est ordinairement progressif. Elle est précédée par un affaiblissement physique résultant de troubles digestifs ou génitaux (spermatorrhée, masturbation), ou de neurasthénie, d'irritation spinale, ou d'émotions morales causées le plus souvent par la peur d'une maladie réelle ou à la suite d'une opération.

La marche peut aussi être aiguë, et l'hypochondrie se montrer sous forme d'un seul accès, ou bien, après des oscillations de mieux et de pire plus ou moins nombreuses, la démence survient, ou plutôt une profonde apathie avec aboulie qui peut s'accompagner d'un certain sentiment d'anxiété. D'autres fois la terminaison a lieu par de l'atrophie cérébrale dont l'hypochondrie n'a été que le premier stade.

Le *pronostic* de l'hypochondrie est donc toujours grave, sinon immédiatement, au moins pour l'avenir. Certains malades, à un moment donné, peuvent encore, dans un établissement spécial, se livrer à

quelques occupations. Au dehors ils en sont incapables.

Le pronostic est surtout mauvais quand des idées mystiques, de persécution ou de grandeur, viennent se surajouter aux idées hypochondriaques, ou lorsque le délire hypochondriaque se transforme en délire de négations (Voy. *Idées de négation*) qui en est la forme la plus grave.

Mais ce qui doit inspirer les plus grandes craintes ce sont les idées de suicide auxquelles les hypochondriaques cèdent si souvent, lassés qu'ils sont d'une maladie que tout le monde est impuissant, non seulement à guérir, mais soi-disant même à reconnaître.

Quand l'hypochondrie n'est pas liée à une dégénérescence mentale trop manifeste, elle peut être transitoire et guérir en quelques semaines. Mais dans le cas, le plus fréquent, où elle survient chez des héréditaires, elle est des plus graves et souvent incurable. C'est une psychose dégénérative.

Conduite a tenir. — Tant que les hypochondriaques, malgré leurs préoccupations incessantes et fatigantes pour leur entourage, continuent à remplir leurs fonctions sociales, qu'ils raisonnent juste sur les choses ordinaires de la vie, qu'ils ne font pas de tentatives de suicide, qu'ils n'ont pas d'idées délirantes, on ne peut les considérer comme des aliénés véritables. Cependant il est certains d'entre eux, qui sans délirer en paroles, arrivent à une telle annihilation de leurs forces intellectuelles, à une telle hébétude et à un tel marasme, qu'il faut cepen-

dant les traiter comme tels, et les isoler. En attendant qu'ils en arrivent là ou à un délire caractérisé, ou qu'ils se livrent à des actes dangereux, soit contre eux-mêmes, soit contre les autres, quelle conduite faut-il tenir?

Il faut tout d'abord procéder avec grandes précautions dans leur interrogatoire. On a souvent le tort de dire aux hypochondriaques qu'ils ont une maladie réelle, ou peu marquée, mais qu'il faut soigner. Il faut se rappeler qu'ils ont toujours vu beaucoup de médecins et que l'on risque ainsi de combattre l'opinion d'un maître, ce qui leur ôte toute confiance dans vos assertions. On ne doit pas davantage se figurer leur ôter leurs idées avec une simple affirmation. Convaincus en apparence sur le premier moment, et s'en montrant très joyeux, ils ne tardent pas, le lendemain, le soir même, à délirer de plus belle sur le même point ou sur un autre, dès qu'ils ont découvert dans votre discours la moindre contradiction ou relevé le moindre oubli dans leur examen. Ce n'est pas en effet l'idée elle-même qu'il faut déraciner, mais soigner le terrain sur lequel elle a pu pousser. Aussi à peine une idée a-t-elle fini par céder, qu'une autre apparaît, et cela d'autant plus facilement qu'il n'en existe jamais une seule à la fois, mais toujours plusieurs, soit dans le domaine moral, soit dans la sphère physique.

Il faut éviter avec le plus grand soin de donner aux malades des détails sur leur maladie, quand ils vous en demandent, ce qui arrive toujours. La plupart du temps, c'est pour vous faire dire ce que vous

ne voudriez pas dire, contrôler ce qu'ils ont lu dans les livres de médecine (car tous les hypochondriaques ont des traités de médecine) comparer avec les assertions d'autres médecins et chercher à vous mettre en défaut et en contradiction avec eux ou avec vous-même.

Interrogez-les soigneusement, mais évitez d'apprécier ostensiblement. Tout mot imprudent sera relevé, enregistré et servira plus tard contre vous, en vous embarrassant quelquefois beaucoup. Car à moins de faire un cours complet au malade, il est impossible de lui expliquer le pourquoi et le comment de tout ce qu'il demande. Du reste il n'y a pas lieu de s'étonner de cette manie d'interrogations, car les pires hypochondriaques sont les médecins. Il semble qu'alors tout ce qu'ils savent ne leur serve qu'à interpréter plus faussement toutes leurs sensations, tant il est vrai que la raison ne prévaut jamais contre le sentiment.

Jamais les hypochondriaques ne trouvent votre examen suffisamment complet : c'est toujours le point essentiel qu'ils ont oublié de vous signaler ou que vous avez oublié de rechercher, qui vous aurait éclairé. Ils épient vos moindres gestes, vos moindres coups d'œil, toutes vos intonations. Ce qu'on leur a dit c'était pour les consoler, mais on n'en croyait rien; « ils l'ont bien vu à votre air », vous disent-ils. On perd donc son temps à les raisonner. Pour admettre vos raisonnements il faudrait qu'ils ne fussent pas malades. Ce qui constitue leur maladie ce ne sont pas leurs fausses interprétations, mais

la cause intime qui les fait naître. Il en est d'eux comme des hallucinés auxquels on ne peut jamais prouver qu'ils sont hallucinés. Ce n'est pas l'hallucination qu'il faut détruire, c'est le cerveau qui la crée qu'il faut modifier. Le mieux est peut-être de ne leur faire aucun raisonnement et de les traiter purement et simplement en les examinant très soigneusement, en les interrogeant de bonne foi, en les laissant raconter, avec leur prolixité naturelle, tout ce qu'ils éprouvent, pour les quelques troubles physiques réels qui existent toujours chez eux. C'est le meilleur moyen de conserver leur confiance, tandis que vous êtes certain de la perdre en leur fournissant des explications fantaisistes qui finissent toujours par vous mettre un jour ou l'autre en contradiction avec vous-même. Le jour où ils ont découvert cette contradiction, tous vos efforts s'écroulent, et les malades continuent leurs pérégrinations chez tous les spécialistes.

Traitement. — Il faut dans le traitement de l'hypochondrie partir de ce point de vue qu'elle est toujours une maladie somatique, que le malade interprète seulement d'une manière fausse ou exagérée.

Le traitement doit donc être psychique et somatique. Le traitement *psychique* doit viser à calmer le malade, à l'encourager, à le distraire de ses préoccupations obsédantes. La condition fondamentale de ce traitement est pour le médecin de gagner la confiance de son malade en s'intéressant à tout ce qu'il éprouve. Une fois cette confiance obtenue on

peut gouverner son malade. La précision et la correction dans le discours, la logique pour combattre ses erreurs, sont utiles, mais absolument insuffisantes.

Distraire, ou pour mieux dire, occuper le malade est le grand point. On voit beaucoup d'hommes devenir hypochondriaques quand ils se retirent des affaires, et d'une vie agitée passent à une vie trop calme. Les voyages, les cures balnéaires, la gymnastique, l'équitation, rendent des services en fixant l'attention du malade sur un point différent de ses sensations organiques.

Mais dans les formes avec *exaltation*, instabilité mentale, hyperesthésie générale, le calme et parfois le repos complet au lit sont nécessaires. Un court séjour dans l'asile est souvent bon pour les hypochondriaques anxieux. Ils peuvent ainsi acquérir assez de force pour être ensuite capables de surmonter leurs souffrances une fois rendus à la vie ordinaire. Mais on ne doit garder dans l'asile que des malades gravement atteints, et les y maintenir surtout s'ils ont des idées de suicide.

Contre la forme *neurasthénique* il faut instituer un traitement psychique et somatique très méticuleux et nécessitant une surveillance médicale continue.

Après sa sortie le malade doit avoir une vie très réglée ; c'est le plus sûr moyen d'éviter les récidives. Il devra éviter les occupations capables de congestionner le cerveau, mais il peut avec avantage se livrer à un travail facile et agréable. Ce qu'il faut

surtout c'est maintenir son équilibre moral, et le maintenir autant quand il se déprime que quand il s'exalte.

Le traitement *somatique* ne s'impose pas moins, car comme on l'a dit justement, sans médecin l'hypochondriaque n'arrive jamais à se guérir.

S'il n'y a pas d'indications spéciales de médicaments, on peut en donner de fictifs: Mais le plus souvent on a un point de départ pour les prescriptions médicamenteuses dans les maladies corporelles causales ou concomitantes, dyspepsie, troubles génésiques, neurasthénie, qu'on traite alors suivant les règles de la pathologie ordinaire. Mais il faut éviter tout traitement débilitant et s'appliquer au contraire à relever les forces des malades par tous les moyens possibles.

Sous ce rapport l'hydrothérapie, l'électricité statique, la cure climatérique, les bains de mer, les toniques, etc., produisent les meilleurs effets.

Dans les cas où il y a de l'hyperesthésie on peut administrer, mais passagèrement, des sédatifs pour combattre l'insomnie, l'anxiété. Les préparations bromurées sont dans ce cas mieux tolérées que les opiacés.

IDÉES HYPOCHONDRIAQUES.

Telle est l'hypochondrie simple, celle que l'on rencontre le plus souvent. Mais à côté d'elle et comme symptôme accessoire on rencontre les idées hypochondriaques dans plusieurs états différents.

Dans certains cas ce sont des états très analogues à l'hypochondrie et dont on doit la distinguer. Dans d'autres c'est la présence et la nature des idées hypochondriaques qui ont une importance au point de vue diagnostique et pronostique.

La *neurasthénie* se rapproche sous beaucoup de rapports de l'hypochondrie. Mêmes préoccupations constantes des sensations éprouvées, même analyse minutieuse de tous les symptômes ressentis, même dépression intellectuelle et morale, même incapacité de travail. Mais tandis que l'hypochondriaque croit à une maladie organique réelle, le neurasthénique n'y croit pas. Il sait que « c'est nerveux ». Il analyse ses sensations, mais il sait qu'elles sont subjectives et ne correspondent pas à un objet réel. Il dit : « C'est comme si j'avais telle chose », et non pas : « J'ai telle chose ». C'est en quelque sorte le premier stade de l'hypochondrie qui s'arrêterait en route et n'irait pas à l'interprétation fausse. De sorte qu'en somme le point capital pour le diagnostic, c'est la croyance à l'objectivité des sensations, de même que ces sensations analogues dans la folie religieuse sont interprétées dans le sens de la démonomanie ou de la damnation.

Les idées hypochondriaques se rencontrent dans :

1° *Délire de persécution.*
2° *Mélancolie hypochondriaque.*
3° *Alcoolisme.*
4° *Épilepsie.*

5° *Paralysie générale.*
6° *Démences sénile, vésanique, etc.*
7° *Onanisme.*

1° **Délire de persécution.** — Les idées hypochondriaques dans le délire de persécution systématisé se montrent surtout dans la période d'inquiétude du début, où le malade, en proie à des sensations anormales, s'en préoccupe constamment et ne sait à quoi les attribuer, jusqu'au jour où les hallucinations survenant, il les interprète d'une façon délirante en les mettant au compte de persécuteurs imaginaires. On lui vide le cerveau, on lui arrache les organes génitaux, on lui enlève tel ou tel organe ; les femmes se croient enceintes. Une fois le délire de persécution complètement installé, il n'y a plus à proprement parler d'idées hypochondriaques, puisque l'hypochondriaque rattache ses sensations à une maladie née spontanément, tandis que le persécuté les met sur le compte de manœuvres de ses persécuteurs.

Mais il peut exister une forme de *délire systématisé aigu hypochondriaque* qui éclate à la suite d'un état nerveux et d'une sorte de manie raisonnante, survient tout à coup, souvent par une coïncidence fortuite. Au lieu de trouver dans des persécutions la cause de ses sensations, le malade reconnaît la maladie qu'il a : ses organes sont en pierre, son estomac n'existe plus, le cou ne tient plus, le cœur est déplacé, etc.

La guérison dans ce cas se fait le plus sou-

vent lentement et les récidives sont fréquentes. Il existe aussi des cas où des malades se croient l'objet de persécutions en raison de maladies ou d'infirmités, purement imaginaires d'ailleurs, dont ils se croient atteints et qui justifient à leurs yeux les moqueries auxquelles ils sont en butte. Les idées de persécution sont basées sur un fond et des idées hypochondriaques.

2° **Mélancolie.** — La présence d'idées hypochondriaques donne à la mélancolie un aspect spécial, et amène rapidement la transformation de la personnalité. Certains malades sont atteints de troubles qui, d'après eux, sont ceux de la paralysie générale ou d'une autre affection chronique. Chez d'autres, les intestins sont rétrécis ou bouchés, leur corps se décompose; ils ne peuvent plus aller à la selle ni uriner. Ils n'ont plus de cerveau, de moelle, d'estomac, de cœur. Ce sont des sensations hypochondriaques *affirmées et non interprétées* comme dans le délire de persécution. Puis ils en arrivent à se demander s'ils ont jamais existé; ils sont morts, mais comme leurs organes sont en pierre, ils vivront éternellement (délire d'énormité). Rien n'existe plus. Il en résulte une anxiété extrême, avec refus d'aliments (Voy. *Refus des aliments*). Ils font une opposition systématique à tout, et parlent d'eux à la troisième personne (dédoublement de la personnalité). Cela peut aussi les mener à la lycanthropie, à la possession, où ils attribuent leurs sensations à la présence d'animaux qui les rongent. Cette forme de mélancolie hypochondriaque est très difficilement curable.

3° **Paralysie générale.** — Les idées hypochondriaques ont ici un caractère spécial qui attire souvent l'attention sur la paralysie générale et en confirme le diagnostic. Elles surviennent toujours avec d'autres signes essentiels de paralysie générale : affaiblissement intellectuel, hésitation de la parole, inégalité pupillaire. Les idées hypochondriaques ne sont pas fixes, mais mobiles, absurdes, incohérentes, contradictoires, mêlées quelquefois à des idées de grandeur. De même que le délire ambitieux est le délire spécial de la forme expansive, le délire hypochondriaque est le délire spécial de la forme dépressive.

Les idées revêtent la forme grave de la négation : ils n'ont plus de bouche, de tête, d'estomac. Ils sont pourris, se décomposent, etc., leur tête, leurs membres sont en bois, en pierre, etc.

Mais outre ce délire hypochondriaque grave, il y en a un autre plus spécial à la paralysie générale dont il est presque pathognomonique, c'est le délire *micromaniaque*, le délire des petitesses. Les malades se voient tout petits, voient également en petit tout ce qui les entoure, et agissent en conséquence de ces sensations.

Le *pronostic* de cette forme de paralysie générale est beaucoup plus grave que pour celle qui se manifeste par du délire de grandeurs, car elle s'accompagne de troubles trophiques, de cachexie, de dénutrition, qui mènent rapidement à la mort. En outre le suicide n'y est pas rare.

4° **Alcoolisme.** — Dans l'alcoolisme chronique les

idées hypochondriaques peuvent aussi se développer, tantôt rapidement, tantôt lentement. Elles ont une tendance à entraîner des auto-mutilations, ce qui s'explique par les troubles profonds de la sensibilité que les malades éprouvent.

5° **Épilepsie.** — L'apparition d'idées hypochondriaques chez les épileptiques annonce généralement l'éclosion du délire.

6° **Démences.** — Vésaniques, organiques ou sénile, elles s'accompagnent souvent d'idées hypochondriaques qui se traduisent par des plaintes continuelles, des réclamations de soins incessantes, de la sensiblerie, de l'irritabilité et quelquefois même conduisent à des actes violents.

Elles n'ont pas là une grande valeur diagnostique ni pronostique. Elles n'ont d'importance, en somme, en dehors de l'hypochondrie simple, que dans la mélancolie, la paralysie générale et le délire systématisé.

7° **Onanisme.** — Chez les onanistes on observe aussi des sensations hypochondriaques absurdes, exagérées, différentes par là de celles de la mélancolie. Leurs os sont raccourcis, leur tête est déformée, leurs organes déplacés. Certaines parties de leur corps ont été enlevées; on les a retournées, il y a inversion d'organes.

Ce sont surtout leurs organes génitaux qui sont l'objet de leurs préoccupations. Les pertes séminales, fréquentes dans ces états, ainsi que les troubles dyspeptiques qui les accompagnent, sont le point de départ de leurs idées fausses.

Pronostic général et traitement.

Pronostic. — Les idées hypochondriaques sont toujours graves, d'une façon générale. Isolées elles n'ont que peu de tendances à la guérison complète et sont en même temps extrêmement sujettes aux récidives.

Surajoutées aux vésanies elles en aggravent singulièrement le pronostic.

Traitement. — Nous avons vu la conduite à tenir avec les hypochondriaques ordinaires et délirants. Quant aux idées hypochondriaques associées ou symptomatiques, elles ne comportent pas de traitement particulier différent de celui de la vésanie où elles se rencontrent. Mais comme elles indiquent une forme grave, elles doivent déterminer à prendre plus rapidement les mesures nécessaires, le plus souvent l'internement dans un asile où le traitement psychique pourra être appliqué concurremment avec le traitement somatique, et suivis tous deux surtout d'une façon plus régulière qu'on ne peut jamais l'obtenir dans la famille.

IDÉES DE NÉGATION

Aux idées hypochondriaques se rattachent les idées de négation qui constituent la forme la plus grave du délire hypochondriaque.

Il y a lieu d'établir deux catégories de négateurs : A) Ceux qui ont des *idées de négation* plus ou moins développées, et B) ceux qui ont un *délire de négation systématisé*.

A. Idées de négation.

Elles consistent dans des idées de non-existence, de destruction de divers organes, du corps entier même, de l'âme, de Dieu, du monde, etc., avec souvent des idées d'immortalité associées. Elles s'accompagnent fréquemment de mutisme, d'analgésie, de propension au suicide et aux automutilations. Elles indiquent une transformation profonde de la personnalité. On les rencontre dans :

1° *Paralysie générale à forme hypochondriaque.*
2° *Certains délires de dégénérés.*
3° *Démence sénile.*
4° *Alcoolisme.*

1° **Paralysie générale.** — Elles ne sont pas pathognomoniques, mais revêtent un caractère d'absurdité, de mobilité, de diffusion, de contradiction propre aux délires paralytiques. De plus ce délire spécial débute soudainement et l'indifférence des malades pour leur état contraste étrangement avec leurs idées hypochondriaques.

2° **Débilité mentale.** — Mêmes caractères chez les débiles; aussi est-il nécessaire pour le diagnostic de la paralysie générale d'insister sur les autres signes qu'elle peut présenter (Voy. *Diagnostic de la paralysie générale*).

3° **Démence sénile.** — Les déments nient ce dont ils ne se souviennent pas. Mais leurs négations peuvent encore être le résultat d'une vésanie sénile de forme mélancolique.

4° **Alcoolisme.** — Les idées de négation qui peuvent se montrer dans l'apathie alcoolique n'ont pas de caractères spéciaux.

B. Délire des négations systématisé.

Il s'agit ici d'une forme de délire systématisé, constituant presque à lui seul toute l'affection, tout au moins à un moment donné. C'est dans la mélancolie qu'on l'observe le plus fréquemment. Il a pour *caractères* :

1° Anxiété mélancolique; 2° idées de damnation, de possession ; 3° propension au suicide et aux mutilations volontaires ; 4° analgésie ; 5° idées hypochondriaques de non-existence ou de destruction

de divers organes, etc. ; 6° idée de ne pouvoir jamais mourir.

Devenu chronique, le délire des négations se systématise de plus en plus et son dernier terme est la démence dans le plus grand nombre des cas.

Chez un grand nombre de mélancoliques anxieux on voit apparaître aussi des idées de négation non encore systématisées. Elles indiquent toujours une forme grave, mais non pas incurable. Toutefois, quand ces idées dominent dans le délire, le pronostic doit être très réservé, au moins quant à la longueur de la maladie.

Le délire de négations qui se rencontre à côté d'idées de persécution est une forme spéciale survenant chez les débiles. Ils n'ont pas de troubles mélancoliques au début, pas d'humilité, d'auto-accusation, d'idées de culpabilité. Ils protestent et résistent contre ce qu'on leur fait endurer. On leur enlève aussi leurs organes, leur pensée, mais ils les recouvrent.

Le *pronostic* de cette forme est presque à coup sûr l'incurabilité.

IDÉES DE PERSÉCUTION

L'idée de persécution consiste, ainsi que l'indique son nom, en ce que le malade se figure être en butte à des persécutions imaginaires. Cette idée survient rarement d'emblée. Elle est ordinairement précédée par une phase d'interprétation délirante, dans laquelle le sujet attribue un sens injurieux, méprisant, à toutes les paroles et à tous les actes de son entourage. On lui en veut, on cherche à lui nuire, on se moque de lui, etc., etc. Puis viennent les troubles sensoriels et sensitifs qui donnent une base solide à l'idée délirante de persécution.

A l'inverse des mélancoliques qui trouvent en eux-mêmes la cause des châtiments dont ils sont menacés, les persécutés cherchent au dehors et y trouvent la raison des maux qu'ils endurent.

A l'inverse des hypochondriaques, qui attribuent leurs sensations anormales à une maladie naturelle et méconnue, ou des damnés et des possédés qui les attribuent à l'intervention du démon, les persécutés n'accusent que des ennemis humains comme eux. L'idée de persécution a donc bien son autonomie et ce qui en fait surtout la caractéristique c'est

l'interprétation que le malade donne de l'origine de ses sensations pénibles.

L'idée de persécution peut constituer à elle seule le délire ou au contraire ne lui être qu'un élément surajouté. Dans le premier cas elle est systématisée; dans le second elle ne l'est pas. Par *systématisation* on entend l'édification d'un système d'explications s'enchaînant logiquement — en apparence seulement puisque le point de départ est faux — de tout ce que le malade éprouve. Le besoin d'explication de ses sensations bizarres pousse le sujet à interpréter les faits les plus ordinaires, les paroles les plus simples d'une façon hostile à sa personne; et non content d'interpréter ainsi faussement ce qui se passe dans le moment présent et depuis l'apparition de ses sensations anormales, il remonte dans le passé, se souvenant des moindres incidents qui lui sont survenus et les rattache, quelquefois depuis son enfance, à son état actuel. Ce procédé qui consiste, chez les aliénés, à faire ainsi remonter à une époque bien antérieure à leur maladie l'origine des troubles qu'ils éprouvent actuellement, constitue le *délire rétrograde*. Plus le délire de persécution se systématise et plus ce délire rétrograde s'étend en arrière. Il n'y a guère que chez les persécutés et les mélancoliques de diverses formes qu'on observe ce délire rétrograde.

Une fois la systématisation établie on peut dire que la maladie est passée à l'état chronique. Le délire de persécution est le type des délires systématisés.

Nous devons considérer :

A. *Les délires de persécution systématisés.*

B. *Les idées de persécution surajoutées.*

A. Délires de persécution systématisés.

Ces délires, d'une façon générale, sont de deux sortes :

1° l'un *chronique*, à évolution systématique progressive;

2° l'autre *transitoire*, à systématisation d'emblée.

1° Délire de persécution chronique.

Symptômes. — Complet, ce délire comprend *quatre périodes.*

La *première période* échappe ordinairement au médecin. C'est celle d'incubation. Le malade est envahi par un sentiment vague d'inquiétude, de souffrance morale. Les idées sont mobiles, de caractère pénible. Le malade est mécontent de tout, soupçonneux, méfiant, son caractère devient irritable. Tout ce qu'on dit et fait autour de lui est dirigé contre lui. C'est alors qu'il change de situation, ne se trouve bien nulle part, parce que nulle part on ne sait l'apprécier à sa valeur, ou parce qu'on veut l'empêcher de réussir. Il se défie de tout le monde.

Dans la *deuxième période* c'est l'interprétation délirante qui apparaît. *On* lui en veut; *on* lui fait des misères, etc. Ce *on* est caractéristique. Il indique

que le malade en est encore à la période d'hésitation et ne sait sur qui faire peser exactement ses soupçons.

C'est alors qu'apparaissent les troubles sensoriels — hallucinations de l'ouïe prédominantes — et ceux de la sensibilité générale, qui vont fournir un substratum à la systématisation et au développement du délire.

Les *hallucinations de l'ouïe* sont le phénomène le plus caractéristique, le plus important, le plus constant de cette période. Jusqu'alors le malade n'avait fait qu'interpréter faussement ce qui se disait et faisait autour de lui. Maintenant il n'hésite plus et s'explique le sens de bien des choses qu'il n'avait pas comprises, et cela non seulement depuis le début de sa maladie, mais depuis bien longtemps avant (délire rétrograde).

Tout d'abord on chuchotait, on avait l'air de se moquer de lui quand il passait dans la rue; on semblait le narguer ou le menacer. Puis des bruits, des sifflements qu'il ne peut s'expliquer sont survenus. Enfin l'hallucination de l'ouïe s'est constituée. On prononce derrière lui, à son adresse, des paroles injurieuses, grossières, moqueuses. On le menace, on l'accuse. Ce sont d'abord des mots isolés, puis des phrases entières. On l'empêche de parler, on lui vole sa pensée (*hallucinations verbales psychomotrices*).

C'est alors que le *on* disparaît pour faire place à des persécuteurs clairement désignés. Ce sont les voisins, ou les jésuites, les francs-maçons, etc.; on trame un complot contre lui; c'est une bande, ce

sont les invisibles, les électriseurs, etc., etc. Il invente une série de *néologismes* pour qualifier ses persécuteurs imaginaires. Quelquefois il découvre l'auteur responsable de toutes les persécutions dirigées contre lui. C'est un collègue, un concurrent, un ancien patron, qui veulent se débarrasser de lui et organisent ainsi toute une série de poursuites.

Ces persécutions ne consistent pas en effet seulement en injures, en menaces platoniques. Les hallucinations des autres sens survenant ainsi que celles de la sensibilité générale, fournissent un aliment sans cesse renaissant au délire.

On lui fait respirer de mauvaises odeurs pour le suffoquer (*hallucinations de l'odorat*); on cherche à l'empoisonner, on lui donne de mauvais goûts dans la bouche (*hallucinations du goût*). On l'électrise, on le pince, on lui donne des secousses, des coups (*hallucinations de la sensibilité générale*), on le viole, on lui soutire le sperme (*hallucinations génitales*).

Quelquefois les hallucinations sont de caractère différent d'un côté à l'autre : les voix d'un côté attaquent, les autres défendent.

Sous l'influence de ces persécutions le malade peut suivre deux voies différentes : les subir ou réagir (*persécutés passifs* et *actifs*).

Les persécutés *passifs*, des femmes le plus souvent, cherchent à fuir leurs persécuteurs : ils changent de domicile, de ville même, de situation ; se font inscrire sous de faux noms, et imaginent les combinaisons les plus bizarres pour se mettre à

l'abri. Parfois ils se suicident. Mais c'est une véritable exception, et qu'on ne rencontre pas dans les formes classiques du délire de persécution.

Les persécutés *actifs* au contraire se plaignent au commissaire de police, aux autorités, écrivent de longs factums pour exposer leurs griefs, pour dénoncer leurs ennemis, et réclamer justice. Éconduits, ils en arrivent à se faire justice eux-mêmes lorsque, sous l'empire de leur délire, ils ont découvert un individu désigné et précis comme organisateur de toutes leurs persécutions. Le persécuté devient alors persécuteur. C'est la période la plus dangereuse. Tout persécuté qui a fait choix de son persécuteur est un malade dangereux, qui peut aller jusqu'à l'homicide. L'internement d'un semblable aliéné, alors même qu'il peut encore se livrer à ses occupations ordinaires, s'impose d'urgence.

La *troisième période* est caractérisée par le délire de grandeurs qui se surajoute à celui de persécutions et qui est la manifestation de la *transformation de la personnalité* du malade. Ce délire ambitieux (Voy. *Idées de grandeur*) a pour origine : 1° une explication cherchée par le malade, une interprétation délirante (déduction logique) ; 2° une hallucination (genèse spontanée).

Ils sont de grands personnages pour qu'on ait intérêt à les traiter ainsi ; ils sont princes, empereurs, puissamment riches ; on les a dépouillés de leurs biens et de leurs droits ; on a dû les changer en nourrice ; leur père putatif n'est pas leur vrai père, etc., etc., ou bien c'est une hallucination qui

tout à coup les appelle du nom d'un personnage célèbre et leur révèle ainsi leur véritable personnalité.

La *quatrième période* est celle de la démence. Elle survient très tardivement si tant est qu'elle existe et ne soit pas tout simplement une démence sénile survenant au même titre que chez tout autre individu aliéné ou non antérieurement.

Marche. — Le début est très lent, insidieux, progressif. La première période peut durer plusieurs années; la seconde de dix à quinze et vingt ans. La troisième est illimitée; certains n'y arrivent jamais.

On observe parfois des rémittences, *jamais* de guérison. Avant de prononcer le mot de rémission même il faut se défier de la *réticence* extrême de ces malades et de leur puissance de *dissimulation*.

Pronostic. — Le *pronostic* est donc extrêmement grave. Si l'existence n'est pas en jeu, le malade n'en est pas moins perdu pour la société.

Conduite a tenir. — Tout traitement est inefficace. On est donc obligé de recourir à de simples mesures de précaution et de sécurité.

Tout persécuté actif doit être interné dans l'intérêt de la société. Tout persécuté passif peut, à un moment donné, devenir actif, ou se livrer en tous cas à des actes bizarres qui provoquent son internement d'office. L'internement volontaire doit être provoqué dans l'intérêt du malade et de sa famille, continuellement exposée à être mise en vue par quelque scandale public de son malade.

Si, au contraire, il s'agit d'individus en faveur desquels de hautes influences, ou la presse, pourraient intervenir, comme cela se voit assez souvent, de cas où de grands intérêts d'argent soient en jeu, et où les réclamations des malades, surtout lorsque les hallucinations sont soigneusement dissimulées, peuvent faire croire à une séquestration arbitraire, il est bien préférable de laisser l'autorité agir elle-même, de façon à dégager complètement la responsabilité de la famille.

Le médecin consulté doit faire comprendre à cette dernière que le fait sera beaucoup moins public de cette façon, que si les réclamations sans fondement du malade parviennent auprès de gens qui, tout en les sachant fausses, ont cependant grand intérêt à les soutenir. (L'affaire du baron S... et celle du commandant H..., qui ont occupé si longtemps la presse, sont là pour le prouver.)

Enfin, dans les cas délicats, le médecin fera mieux de ne pas prendre seul la responsabilité de l'internement, et de s'adjoindre non seulement un confrère, mais surtout un aliéniste, ayant un titre officiel ou une autorité reconnue.

Délire à deux. — Une autre raison de l'internement précoce des persécutés c'est la possibilité de la contagion du délire.

Lorsque dans une famille on voit un persécuté, à interprétations délirantes prédominantes, intelligent, dominateur, ayant de l'influence sur son entourage, et que dans cet entourage il y a des personnes soit jeunes, soit présentant des dispositions

un peu sombres, des tendances à l'inquiétude, à l'hypochondrie morale, on doit d'autant plus agir vite et séparer le malade de sa famille. Il peut en effet faire partager, au moins en partie, ses convictions délirantes à un de ses parents, le plus faible d'esprit, le plus suggestible, et l'entraîner ainsi dans la voie de la folie dont il aurait pû rester écarté, sinon toujours, au moins longtemps.

Diagnostic. — Le diagnostic du délire de persécution peut se faire soit à la deuxième, soit à la troisième période.

Éléments de diagnostic à la deuxième période :

Age d'apparition : de trente à trente-cinq ans.
Évolution lente. Caractère antérieur du malade (défiant, peu sociable).
Interprétations délirantes, puis hallucinations.
Constance et prédominance des hallucinations de l'ouïe, avec *absence de celles de la vue.*
Idées de persécution *systématisées.*
Néologismes.

Nous allons voir tout à l'heure le diagnostic séméiologique des idées de persécutions.

Éléments de diagnostic à la troisième période (Délire ambitieux) :

Persistance des idées de persécutions systématisées avec les idées de grandeur.
Transformation raisonnée et logique, basée sur

le délire de persécution, de la personnalité. Absence de phénomènes somatiques révélant une lésion cérébrale organique.

2° **Délire de persécution transitoire à systématisation d'emblée** (Voy. plus bas : *Débilité mentale*).

DIAGNOSTIC SÉMÉIOLOGIQUE DES IDÉES DE PERSÉCUTION.

On rencontre des idées de persécution en dehors du délire de persécution à évolution systématique chez les :

1° *Débiles ;*
2° *Alcooliques ;*
3° *Déments ;*
4° *Déments paralytiques généraux ;*
5° *Mélancoliques ;*
6° *Persécutés persécuteurs ;*

1° **Débilité mentale.** — Les idées de persécution surviennent inopinément, ne sont pas précédées d'une longue période d'incubation, d'inquiétude, d'interprétation délirante.

Les hallucinations de l'ouïe manquent souvent.

Les hallucinations des autres sens et de la sensibilité générale manquent plus souvent encore et ne sont pas aussi nettes.

Des idées ambitieuses, mystiques, hypochondriaques, sont le plus souvent mélangées dès le début avec celles de persécution.

Les idées sont plus mobiles. Il n'y a pas de systé-

matisation franche. Les idées de grandeur surviennent inopinément sans être la conséquence d'une hallucination ou d'une déduction logique. Elles ne s'accompagnent pas de transformation permanente de la personnalité, paraissent, disparaissent, sont tantôt d'un ordre, tantôt d'un autre.

Des hallucinations de la vue se montrent parfois. Quand il en existe en même temps que les idées de persécution, on peut presque à coup sûr affirmer qu'on n'a pas affaire au vrai délire de persécution chronique.

Les antécédents, le niveau intellectuel du malade, le début d'emblée ou rapide de la maladie sont les meilleurs signes diagnostiques.

La guérison est possible, mais les récidives sont très fréquentes, jusqu'à ce que la chronicité survienne.

Par le fait de leur débilité intellectuelle, ces malades, étant incapables de mesurer leurs actes avec les persécutions dont ils se croient l'objet, sont très dangereux en général.

L'internement s'impose donc, non seulement par l'amélioration qu'une vie calme, disciplinée, leur procure, mais encore au point de vue de la sécurité des personnes.

Tous les dégénérés — imbéciles, épileptiques, etc. — peuvent faire, à un moment donné, un délire systématisé, presque du jour au lendemain, délire qui s'atténue en général très rapidement.

2° **Alcoolisme.** — Le signe diagnostique fondamental du délire de persécution alcoolique c'est

l'hallucination de la vue. Dès qu'on la constate chez un persécuté, on doit songer à l'alcoolisme.

L'hallucination de la vue d'origine alcoolique a des caractères spéciaux : nocturne, terrifiante, mobile.

Les idées de jalousie sont presque constantes (le malade est trompé par sa femme).

Les erreurs et illusions des sens sont très nombreuses, tandis qu'elles manquent dans le délire de persécution chronique.

Les hallucinations du toucher sont aussi nombreuses que celles de la vue.

Les idées de suicide sont des plus fréquentes.

L'homicide est fréquent, sous l'influence des idées de jalousie provoquées par les hallucinations de l'ouïe, ou sous l'influence de la terreur provoquée par les hallucinations de la vue. Il en est de même des actes de violence.

On observe enfin du tremblement, de l'insomnie, des troubles digestifs.

Il existe de l'affaiblissement intellectuel et surtout moral.

La démence survient d'une façon assez précoce.

La *durée* est assez courte — huit, quinze, trente jours. Le début n'a rien de caractéristique. Le délire survient à la suite d'excès alcooliques ou après une courte période dépressive.

Le *pronostic* n'est donc pas très fâcheux à la première ou à la seconde atteinte. Mais les récidives sont très fréquentes et la démence en est la conséquence au bout d'un temps plus ou moins long.

En outre les idées suicides et homicides étant extrêmement fréquentes, il est nécessaire d'intervenir rapidement et d'interner le malade.

Cas complexes. — *a*) Le diagnostic peut être rendu plus délicat avec le délire de persécution chronique par l'adjonction d'idées ambitieuses ou mystiques. La présence d'hallucinations de la vue, et, à leur défaut, la rapidité avec laquelle ces idées se sont mêlées aux idées de persécution, permettent le diagnostic.

b) Un cas plus difficile, c'est celui où un vrai délire de persécution se complique de délire alcoolique. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps, alors que les phénomènes dus à l'alcoolisme sont disparus, qu'on peut porter un diagnostic et surtout un pronostic exacts.

c) A côté des persécutés vrais qui sont alcooliques, ce qui n'est pas trop commun, il y a des alcooliques qui, à la suite de leur délire alcoolique, continuent à délirer en persécutés, sans être pour cela des délirants chroniques de persécution. Leurs idées sont plus ou moins systématisées, mais quelquefois tenaces, et combinées à un état d'exaltation avec idées ambitieuses. Ces délires peuvent guérir à peu près complètement et permettre au malade de reprendre ses occupations. Mais il reste, à la suite, un peu d'affaiblissement intellectuel et moral, et si de nouveaux excès surviennent, ce qui est le cas ordinaire, le délire qui reprend toute son intensité a une durée souvent de plus d'une année et s'accompagne d'un certain état de démence assez rapide, démence

de forme apathique. A partir de ce moment il n'y a plus guérison, mais seulement rémission. Le délire est confus, et le malade doit être maintenu à l'asile.

3° **Démence sénile.** — Au début de la démence sénile on observe fréquemment des idées de persécution vagues, non systématisées. Les malades croient qu'on les vole, qu'on change leurs affaires de place, qu'on empoisonne leurs aliments, qu'on cherche à se débarrasser d'eux. Ils n'arrivent pas à la systématisation de leurs idées, celle-ci demandant une intelligence trop active.

Ils ont plutôt des illusions que des hallucinations. Des idées mélancoliques, hypochondriaques, suicides s'y combinent ordinairement. Le caractère devient désagréable, avare, grincheux, égoïste.

Il n'y a pas de nécessité d'interner les malades, à moins d'idées actives de suicide trop tenaces, avec tentatives.

On peut observer, chez les vieillards, en dehors de la démence, un vrai délire de persécution systématisé, qui ne diffère en rien du vrai délire chronique, à part la marche qui en est beaucoup plus rapide pour les deux premières périodes, la rareté de la troisième, et l'apparition plus fréquente de la quatrième.

Les malades n'ont aucun signe de démence. La mémoire est bien conservée, le raisonnement juste, et les idées bien suivies. Il survient parfois quelques illusions ou hallucinations de la vue et des idées de

suicide. Ces vieillards sont en effet des persécutés passifs presque toujours. Cette forme paraît se rencontrer plus fréquemment chez les femmes.

4° **Paralysie générale.** — Dans la forme dépressive, il peut survenir des hallucinations et des idées de persécution. Les malades sont injuriés, menacés. Ils ont des terreurs brusques accompagnées d'actes impulsifs. Le caractère de ces idées est toujours le même que celui des autres idées dans la paralysie générale. Elles sont absurdes, mobiles, contradictoires, puériles. L'internement est souvent nécessaire.

5° **Mélancolie.** — La mélancolie vraie se complique quelquefois de vraies idées de persécution. Elles éclosent ordinairement sur un terrain dégénéré, dans un cerveau malade. Elles sont d'un mauvais augure au point de vue de la guérison, car elles persistent souvent très longtemps après que la mélancolie a disparu. Les malades conservent souvent la conviction que leurs persécutions imaginaires ont été réelles, et cela une fois complètement guéris de leur mélancolie et de leurs idées de persécution.

6° **Persécutés persécuteurs.** — Dans toutes les formes que nous venons de passer en revue, les idées de persécution reposent sur des troubles sensoriels. Ici nous avons affaire à un trouble essentiellement intellectuel et moral.

Les persécutés persécuteurs, raisonnants, processifs, forment une variété de la folie morale.

On observe, dès l'enfance, des altérations du caractère, de l'inégalité intellectuelle, des accidents ner-

veux et mentaux au moment de la puberté. Plus tard, la vie de ces malades est irrégulière, mouvementée. Ils ont une grande lucidité apparente, beaucoup de facilité d'élocution, l'intelligence active. Leur argumentation paraît toujours très serrée. Ils raisonnent à perte de vue sur les moindres choses, ergotent sur tout, aiment la controverse à l'excès. Ils fournissent toujours un luxe de détails et de preuves sur ce qu'ils avancent et en imposent ainsi, non seulement à des naïfs, mais souvent aussi à des hommes intelligents. Ils ont souvent une mémoire étonnante, en particulier pour les dates. Menteurs et de mauvaise foi, ils travestissent avec aplomb la vérité et défigurent tous les faits pour servir leur cause.

Comme il existe toujours quelque chose d'exact dans ce qu'ils racontent et que ce qui est surtout erroné c'est la conséquence qu'ils en tirent, on comprend comment ils parviennent à entraîner des convictions.

Ils sont toujours prêts à passer de l'idée à l'acte, et, pour cette raison, sont éminemment dangereux.

Victimes de la jalousie, de la malveillance d'une personne, injustement condamnés, inventeurs dépossédés de leur invention ou éconduits de partout, ils veulent à tout prix une réparation ou une vengeance. Toute leur vie, toute leur activité ne s'emploiera plus qu'à cela. Démarches, réclamations, procès, menaces par paroles, par affiches, tentatives homicides, esclandres publics — *pour attirer l'attention des pouvoirs publics* et obtenir gain de cause —

ils ne reculent devant rien. La presse est leur appui ordinaire. Ils écrivent avec une profusion extraordinaire des affiches, des brochures, des mémoires, des pamphlets. Ils se servent de cartes postales pour menacer leur persécuteur, et l'accuser. Ils emploient des suscriptions bizarres, des caractères différents, des encres de couleurs diverses. Ils soulignent des mots, les mettent en gros caractères. On rencontre dans leur style emphatique, bourré de termes techniques ou pseudo-scientifiques, des locutions étranges, des néologismes.

Au point de vue somatique, on trouve des signes plus ou moins accusés de dégénérescence, en particulier des anomalies génitales. Aussi ont-ils fréquemment des perversions sexuelles.

Un signe négatif des plus importants c'est l'*absence des hallucinations*, contrairement à ce qui existe chez les vrais persécutés chroniques ou chez les débiles persécutés.

Leur existence est souvent traversée par des accidents nerveux ou délirants, surtout aux périodes critiques. Il faut signaler enfin la grande facilité avec laquelle ce genre d'aliénation se communique. On peut observer la folie chez deux, trois et quatre personnes d'une même famille sous l'influence d'un persécuté persécuteur qui est parvenu à entraîner leur conviction.

Le *pronostic* est presque fatal. Plus on fait de concessions aux prétentions des malades et plus leurs réclamations augmentent. Car, n'étant jamais satisfaits de ce qu'on a fait pour eux, ils se basent sur ce

qu'ils ont obtenu pour affirmer leurs droits et s'en exagérer la valeur.

Les *mesures à prendre* — car on ne saurait dire le traitement — sont souvent très embarrassantes à décider. On se trouve en effet en présence d'individus qui ne délirent pas et dont l'aliénation consiste dans des convictions erronées, mais vraisemblables, quand on ne voit les faits que superficiellement, et dans des interprétations exagérées des choses. Ils rencontrent toujours des défenseurs dans le public, qui rendent la tâche du médecin très délicate et le font hésiter à engager sa responsabilité. Les considérations de famille, de fortune, de situation, que nous faisions valoir à propos des vrais persécutés hallucinés, prennent ici une importance encore plus considérable. Aussi est-il plus sage, dans ces cas, d'appeler à soi un aliéniste haut placé, de science incontestée, de probité irréprochable, capable de dédaigner les attaques que les amis intéressés du malade dirigent si souvent contre les médecins dans ces circonstances.

Quels que soient les ennuis que de tels malades peuvent causer au médecin qui les fait interner, il est cependant des cas où son devoir lui impose de le faire. Ces malades, surexcités par les déboires nombreux qu'ils subissent dans leurs revendications, d'autant plus acharnés à les faire valoir qu'on les éconduit plus, ou qu'on ne leur donne qu'une satisfaction dérisoire à leurs yeux, en arrivent à vouloir se faire justice eux-mêmes, et deviennent ainsi

d'autant plus dangereux que leur intelligence leur permet de combiner plus habilement leur vengeance.

Quand le médecin constate cette surexcitation, cette idée fixe de vengeance, il doit évidemment faire prendre d'urgence à la famille les précautions nécessaires. Mais il doit en même temps agir avec la plus grande prudence et, s'il agit seul, donner un certificat aussi détaillé que possible, presque une sorte de consultation, de façon à prouver qu'il n'a pas agi à la légère ou avec une idée préconçue.

Pronostic général des idées de persécution.

Les idées de persécution comportent presque toujours un pronostic grave ou sérieux :

Délire de persécution chronique : incurabilité. Durée indéterminée.

Débilité mentale : récidives fréquentes ; rémissions plutôt que guérisons ; chronicité au bout d'un certain nombre de rechutes, avec tendance à la démence.

Alcoolisme : récidives presque fatales ; curabilité de moins en moins complète ; démence précoce.

Démence sénile : même pronostic d'incurabilité que la démence elle-même.

Paralysie générale : incurabilité ; aggravation par diminution de la durée de la maladie.

Mélancolie : aggravation ; curabilité ; douteuse.

Persécutés persécuteurs : incurabilité, rémissions.

Les idées de persécutions déterminant par leur

nature même des réactions vives et même violentes de la part des malades, il est le plus souvent urgent d'intervenir dans l'intérêt de leur entourage, ou d'eux-mêmes.

On doit craindre les *actes violents* et même l'*homicide* chez les :

Délirants persécutés chroniques;
Débiles ;
Persécutés persécuteurs.

On doit plutôt redouter le *suicide* chez les :
Déments séniles et persécutés séniles;
Paralytiques généraux;
Mélancoliques.

On doit craindre autant l'*homicide* que le *suicide* chez les alcooliques.

Conclusion pratique. — Porter toujours, sauf chez les débiles, un pronostic grave. Interner le plus tôt possible le malade.

IDÉES MYSTIQUES

Les idées mystiques sont très variables comme expression. Elles donnent une couleur au délire plutôt qu'elles n'en constituent le fond. Aussi ne servent-elles guère au diagnostic. Elles sont plus importantes au point de vue du pronostic, car ce sont en général des idées assez difficiles à déraciner et qui indiquent un délire à tendances systématiques.

On les rencontre dans :

1° *Manie;*
2° *Mélancolie religieuse ;*
3° *Forme mystique du délire de persécution chronique;*
4° *Folie mystique pure.*

1° **Manie.** — Les idées mystiques peuvent se développer autour des hallucinations de la manie aiguë, franche ou toxique. Elles peuvent déterminer un délire démonomaniaque ou mystique.

Tantôt les malades sont entourés de démons contre lesquels ils luttent, qu'ils repoussent; d'où des scènes de combat furieux contre ces êtres imaginaires; d'où aussi une agitation considérable, des terreurs, de la panophobie.

Au lieu du démon, c'est au contraire Dieu, les anges, la Vierge, qui apparaissent aux malades, et on les voit alors prendre des poses extatiques et contempler pendant assez longtemps le même point de l'espace. Ils se mettent alors à chanter des cantiques, à se proclamer saints, etc.

Le *pronostic* de cette forme de manie est plus grave que dans les autres formes, par suite de la tendance à la chronicité, à la systématisation aussi qu'elle offre ; elle n'est pas cependant incurable.

2° **Mélancolie religieuse.** — Cette forme de mélancolie, qui se développe surtout à la puberté et plus encore à la ménopause, doit principalement cette teinte mystique aux préoccupations du malade antérieurement à sa maladie. Il est alors assailli par des scrupules religieux ; il s'accuse de sacrilèges ; il est damné, il a des visions terrifiantes. Toutes les pratiques religieuses auxquelles il s'est autrefois livré, avec ferveur et souvent même exagération, sont autant de sacrilèges qu'il a commis par suite de l'indignité qu'il portait en lui-même et lui vaudront d'autant plus l'enfer. Il a en lui le sentiment de la malédiction de Dieu, et est pris, sous cette influence, d'une panophobie extrême. Il se prosterne par moments, demandant pardon à Dieu de ses fautes.

D'autres se sentent damnés. Ils ont des hallucinations psychomotrices et se trouvent poussés à faire des choses précisément contraires à la religion, à la morale. Tout ce qui est religieux leur cause un trouble moral extrême, et leur rappelle leur damna-

tion. Ou bien ils ont peur que les actes qu'ils font sous l'influence supposée du démon ne soient interprétés comme s'ils étaient volontaires de leur part et ne leur attirent des châtiments encore plus grands. Ils sont, à les entendre, les pires criminels du monde, et les défauts dont ils s'accusent contrastent avec leur vie antérieure et l'honorabilité de tous leurs actes. Plus un sentiment est mauvais, plus ils s'y sentent poussés, et plus ils en prennent prétexte pour se faire de plus sanglants reproches. En même temps ils éprouvent toutes sortes de sensations anormales dans les organes et dans les membres, qu'ils attribuent à la puissance surnaturelle du démon, et en arrivent quelquefois à un véritable dédoublement de la personnalité. Ils n'ont pas d'hallucinations ordinairement, ou en ont de la vue. Le plus souvent conscients de leur état, ils ont une grande prolixité dans les explications qu'ils donnent de leurs sensations et de leurs sentiments.

Parfois ces idées religieuses les poussent aux automutilations, au suicide, ou à des actes de violence. Le *pronostic* est toujours sérieux, en raison de la systématisation de ces idées, et de la tendance à la chronicité.

3° **Persécutés mystiques.**— Parmi les persécutés il en est qui font leur délire de grandeur sous la forme mystique. Après une période de persécution vague, caractérisée par des sensations anormales et des hallucinations de l'ouïe, ils tombent dans le délire mystique. Au lieu d'attribuer les troubles qu'ils éprouvent à des êtres humains, ils les attri-

buent à la divinité bonne ou mauvaise. Ils ont des entretiens avec Dieu, les saints, etc., et bientôt en arrivent à se croire eux-mêmes d'essence divine, émissaires de Dieu sur la terre pour réformer la société, combattre pour la religion, etc. Ils se disent l'Antéchrist, Dieu, la Vierge, etc., ce qui indique une transformation complète de la personnalité. En même temps se joignent à ce délire mystique de vraies idées de persécution, leur nature étant méconnue et les mettant aux prises avec la haine soit du démon, soit des hommes.

Cette période, precédée d'hallucinations de l'ouïe, jamais de la vue, de sensations anormales de la sensibilité générale et d'hallucinations du goût et de l'odorat, la coïncidence et la corrélation des idées mystiques et des idées de persécution, la systématisation progressive du délire, font facilement faire le diagnostic de délire de persécution chronique.

4° **Folie mystique.** — C'est une manifestation de la dégénérescence mentale. Les sujets qui en sont atteints se lancent dans l'étude du merveilleux, du magnétisme, du spiritisme, ou s'adonnent avec exagération aux pratiques religieuses, au sujet desquelles ils ont les scrupules les plus excessifs. Ils deviennent des apôtres, s'affilient à des sectes religieuses ou philosophiques bizarres, se livrent à des automutilations (*skopzyes*) pour gagner le ciel et vivre chastement. Ils peuvent devenir aussi des fanatiques prêts à tuer pour servir leur idée, convaincus qu'ils sont de leur mission divine. Ils ont souvent des visions célestes, plus rarement des hallucina-

tions de l'ouïe qui leur donnent des ordres et leur révèlent leur vocation. Mais ils n'ont pas d'autres troubles sensoriels et ne présentent pas de délire, à proprement parler. Toutefois leur zèle intempestif, leur exaltation religieuse peut aller jusqu'à l'excitation maniaque. Tantôt cette folie mystique se montre sous forme d'accès d'assez courte durée ; tantôt c'est une exagération du caractère qui va en augmentant, et mène à la folie confirmée, systématisée, chronique.

En tous cas cette forme de mysticisme n'a guère de chances de guérison et persiste avec une rare ténacité, tout au plus susceptible d'accalmies.

IDÉES DE GRANDEUR

Les idées de grandeur, de puissance, de richesse, peuvent se rencontrer dans plusieurs affections très différentes l'une de l'autre. On confondait autrefois les malades qui les présentaient sous le nom de *mégalomanes*, de délirants ambitieux. Ces entités morbides ne sont plus admises aujourd'hui : le délire des grandeurs, les idées de grandeur se développent au cours d'une affection mentale dont elles constituent un des symptômes et qu'elles servent à caractériser. Il n'y a donc pas à proprement parler de délire de grandeur, si l'on entend par là un délire exclusivement fondé sur des idées de grandeur.

Il y a lieu de distinguer plusieurs sortes d'idées de grandeur, qui par leurs caractères sont en quelque sorte pathognomoniques des états mentaux où on les rencontre. L'idée de grandeur d'un paralytique général n'est pas la même que celle d'un persécuté, d'un excité maniaque, d'un mélancolique. Avant d'en arriver à la séméiologie des idées de grandeur, commençons donc par distinguer leurs variétés.

On emploie souvent comme synonymes les termes de mégalomanie, de délire des grandeurs, de délire ambitieux. Il s'en faut cependant qu'ils aient la même signification au fond.

Il faut distinguer :

1° Les idées de satisfaction, puissance, force, richesse (mégalomanie);
2° Les idées orgueilleuses et ambitieuses (délire ambitieux) ;
3° Les idées d'infini, d'éternité, d'immensité (délire d'énormité).

Par elles-mêmes ces idées ont déjà chacune un cachet propre. Si on ajoute les troubles de la personnalité qui en sont la conséquence, on arrive à mieux les distinguer encore.

1° Les idées de satisfaction, de puissance, de force, de richesse, ne s'accompagnant pas d'orgueil, ne se systématisent pas et n'aboutissent pas à une transformation de la personnalité. Tel est le paralytique général : il est heureux, fort, bien portant, capable de soulever les plus gros poids, de boire des quantités énormes de liquide; sa fortune est colossale. Il est tantôt général, tantôt roi, tantôt Dieu. Tout cela à la fois, changeant d'un moment à l'autre, du jour au lendemain. Certains imbéciles ou débiles présentent une mégalomanie semblable.

2° Les idées orgueilleuses et ambitieuses sont caractérisées surtout par une transformation de la personnalité morale, et par la fixité de cette personnalité délirante. Tel est le persécuté chronique qui

se croit, par déduction logique ou par le fait d'une hallucination, un souverain dépossédé, et dont tous les actes, toutes les paroles, sont en rapport avec le titre qu'il s'octroie.

3° Les idées d'infini, d'éternité, d'immensité, s'accompagnent d'une transformation, d'un dédoublement véritable de la personnalité. De plus, au lieu de s'accompagner d'orgueil, c'est au contraire l'humilité qui s'y montre. Tel est le mélancolique négateur : il est éternel, mais c'est pour brûler éternellement en enfer; il est immortel, mais c'est pour souffrir sans fin ses maux actuels; il a une puissance infinie, mais c'est pour faire le mal, ruiner le monde entier, détruire Dieu lui-même.

Il faut donc d'abord distinguer à quelle variété d'idée de grandeur on a affaire, ce qui permettra immédiatement de classer son malade dans une catégorie nosographique plus restreinte.

IDÉES DE SATISFACTION.

Les idées de satisfaction, puissance, force, richesse, la vraie mégalomanie, se rencontrent dans :

1° *Paralysie générale* (Première et deuxième périodes);
2° *Débilité mentale;*
3° *Folie circulaire;*
4° *Phase prémonitoire de certaines mélancolies;*
5° *Alcoolisme.*

1° **Paralysie générale.** — La première affection à

laquelle on doive songer en présence de cette variété d'idées, c'est la paralysie générale progressive.

Le caractère de ce délire des grandeurs est d'être absurde, mobile, contradictoire, incohérent. Il est à remarquer que le malade ne discute pas quand on nie les titres qu'il s'attribue, et ne cherche pas à en donner d'explications.

Mais si ces caractères sont très nets quand la maladie est confirmée et que l'on peut, par conséquent, se baser sur des signes somatiques pour affirmer son diagnostic, il s'en faut qu'il en soit de même au début. Or c'est à ce moment qu'il est peut-être le plus important de se prononcer. En portant un diagnostic précoce on évitera en effet bien des malheurs à la famille du malade et à lui-même. Sous l'influence de ces idées de grandeur, en proie à ce qu'on a appelé la dynamie fonctionnelle, c'est-à-dire un état d'exaltation, d'exubérance de toutes les fonctions physiques et intellectuelles, le malade peut se livrer à toutes sortes d'actes qui compromettent soit sa fortune, soit son honneur et celui des siens. Il est donc urgent de prendre des mesures dès cette période, puisqu'au point de vue social c'est la plus dangereuse.

Dans ces cas les idées de puissance et de force prédominent : l'individu se croit capable de mener à bien toutes sortes d'entreprises. Il ne prévoit aucun obstacle. Jamais ses facultés n'ont été si brillantes. Cependant, malgré cette apparence, qui impose à bien des gens, deux faits frappent l'entourage : c'est, d'une part, le manque de suite dans les idées, dans

les entreprises, et, d'autre part, des absences, des pertes de mémoire inexplicables pour les menus faits de l'existence, fréquemment un oubli des convenances contrastant avec le caractère antérieur du malade.

Une fois la maladie constituée le diagnostic est en général facile (Voy. *Diagnostic de la paralysie générale*).

2° **Débilité mentale.** — Chez les débiles on voit quelquefois survenir un délire de grandeur presque identique à celui de la paralysie générale. Le diagnostic est souvent délicat, surtout lorsque du fait de la dégénérescence physique il existe des troubles de la parole (blésité, bégaiement, ânonnement), ou de l'inégalité pupillaire, etc.

Mêmes caractères de mobilité, de diffusion, d'incohérence, de contradiction des idées de grandeur, reposant sur un fond d'affaiblissement intellectuel. Mais cet affaiblissement intellectuel est congénital, ancien, et non acquis et récent; l'apparition des idées de grandeur a été brusque : elles sont mélangées à d'autres idées de persécution, d'hypochondrie, à des craintes imaginaires, etc. Un élément important de diagnostic c'est que souvent le malade soutient opiniâtrément ses assertions quand on le contredit, et cherche à donner une explication — absurde toujours — de ses changements d'affirmations, ou de l'origine de ses prétentions, ce qui n'existe guère chez les paralytiques généraux. Ces malades n'ont pas, du reste, la bienveillance des paralytiques et leur caractère est malicieux ou même méchant. En

outre, l'âge du malade est ordinairement moins élevé que celui des paralytiques généraux. Enfin on apprend que ces malades ont déjà présenté des bouffées délirantes analogues ou identiques autrefois, et celle à laquelle on assiste disparaît en général assez rapidement sous l'influence du traitement.

3° **Folie à double forme.** — En présence d'un délire de satisfaction avec suractivité fonctionnelle on peut penser à de l'excitation maniaque symptomatique de folie à double forme. Si on se trouve en présence du premier accès, le diagnostic est à peu près impossible. Il ne peut s'établir que lorsque l'alternance et la périodicité sont manifestes. Néanmoins la la présence d'idées de grandeur, de puissance, de force, doit plutôt faire penser à de la folie circulaire qu'à de l'excitation maniaque ou à un début de manie. Le délire de satisfaction est rare en effet dans la manie vraie. Il y a exaltation des fonctions physiques et psychiques, mais sans délire à proprement parler, surtout moins de suite dans le raisonnement que dans la manie.

Le diagnostic avec la paralysie générale est souvent très difficile. C'est surtout en se basant sur le fond démentiel, l'amnésie, les signes physiques, tous symptômes qu'on ne rencontre pas dans la folie circulaire, qu'on pourra l'établir. De plus le caractère des malades est plutôt méchant que bon et généreux.

4° **Mélancolie.** — On voit quelquefois une phase d'excitation précéder la mélancolie, et revêtir tous les caractères de la paralysie générale au point de

vue de la dynamie fonctionnelle. Ce seront surtout les troubles de la mémoire et les quelques signes d'affaiblissement intellectuel qui pourront mettre sur la voie dans quelques cas. Mais le plus souvent on est obligé de s'en tenir à un diagnostic symptomatique et de rester dans l'expectative au point de vue du pronostic.

5° **Alcoolisme.** — Le délire de satisfaction est rare chez les alcooliques. Il peut cependant s'y rencontrer d'une façon tout à fait accessoire au début de la démence. Il n'est jamais bien brillant et ne saurait en aucune façon être comparé à celui de la paralysie générale.

IDÉES AMBITIEUSES.

Les idées orgueilleuses et ambitieuses se rencontrent dans :

1° *Délire de persécution* (troisième période);
2° *Folie religieuse ;*
2° *Débilité mentale ;*
4° *Alcoolisme.*

1° **Délire de persécution chronique.** — Ce qui caractérise les idées ambitieuses de la troisième période du délire de persécution c'est l'orgueil, l'hypertrophie de la personnalité qui se transforme souvent d'une façon permanente et d'une manière définie. Les malades se croient des réformateurs, des inventeurs méconnus, des princes qu'on a voulu faire disparaître, etc. Ils ont eu une naissance illustre, des biens dont on les a dépouillés. Ce qui

est caractéristique chez eux c'est qu'en même temps qu'ils sont ainsi ambitieux et orgueilleux ils sont persécutés. Il est exceptionnel de voir le délire ambitieux succéder et supplanter complètement le délire de persécutions.

Tantôt ils sont princes, empereurs, héritiers de hauts personnages; parfois même ils sont Dieu.

Tantôt ils sont capables de tout, ont un pouvoir mystérieux, grâce auquel ils peuvent résister à leurs ennemis; ou bien enfin ils sont riches, possèdent des trésors cachés, de nombreux châteaux, etc.

Ordinairement toutes ces conceptions délirantes se combinent, soit d'emblée, soit au bout d'un certain temps. Ce délire est en effet systématisé, et c'est là un de ses caractères différentiels les plus importants: une fois installé il ne change pas du jour au lendemain, d'un instant à l'autre, comme celui de la paralysie générale ou des débiles. Il reste le même tout en se développant et en puisant dans les interprétations délirantes et les hallucinations auditives de nouvelles forces. De plus ce délire ne va jamais sans des hallucinations de l'ouïe, de la sensibilité générale et des autres sens, sauf celui de la vue, ce qui en constitue un caractère de grande valeur. L'attitude orgueilleuse, dédaigneuse, impertinente ou majestueuse des malades, leur facilité d'élocution, l'apparence logique de leur conversation, aident encore à faire facilement le diagnostic.

2° **Folie religieuse.** — Les aliénés mystiques, qui sont souvent aussi des persécutés antérieurement, ont une attitude fière, hautaine. Ils se croient des

prophètes, le Messie. Ils doivent sauver la société, la moraliser. Ils sont immortels et peuvent faire des miracles (Voy. *Idées mystiques*).

3° **Débilité mentale.** — Rien n'est plus fréquent que les idées ambitieuses et orgueilleuses chez les débiles et les imbéciles. Peu ou pas systématisées, mobiles, reposant sur un fond d'affaiblissement intellectuel, mélangées à des idées vagues et incohérentes de persécution, de mysticisme, d'hypochondrie, ne s'accompagnant qu'exceptionnellement d'hallucinations, survenant d'une façon brusque le plus souvent et à un âge relativement jeune, de vingt à trente ans ordinairement, ces idées se différencient assez facilement de celles du délire de persécution chronique, et plus encore de celles de la paralysie générale, qui s'accompagnent d'un air de satisfaction, de béatitude, qu'on ne rencontre jamais ni chez les persécutés, ni chez les débiles.

4° **Alcoolisme.** — L'alcoolisme peut être l'origine d'un délire de persécution très analogue au véritable délire chronique (Voy. *Idées de persécution*), et dans lequel se montrent parfois des idées ambitieuses et orgueilleuses. Mais elles sont transitoires, mobiles et n'ont guère d'importance au point de vue du diagnostic.

DÉLIRE D'ÉNORMITÉ.

Les idées d'infini, d'éternité, d'immensité se montrent dans :

1° *Folie mystique* (avec orgueil);

2° *Mélancolie anxieuse* (avec humilité).

1° **Folie mystique.** — La folie mystique, soit des persécutés, soit des débiles, s'accompagne quelquefois d'idées d'immortalité, d'éternité. Les malades se croient tout-puissants, les égaux de Dieu ou Dieu lui-même, et en ayant, par conséquent, toutes les qualités. Le plus souvent ces malades sont hallucinés soit de l'ouïe et de la sensibilité générale, soit de la vue. Leur attitude est majestueuse ou extatique, mais toujours l'orgueil, le sentiment de leur haute personnalité se fait jour à travers leurs discours, leurs écrits, leurs gestes. Ils sont en outre violents et injurieux lorsqu'on les contredit ou même qu'on n'a pas l'air de les prendre au sérieux.

2° **Mélancolie anxieuse.** — Dans certains cas on observe ce qu'on a appelé le délire d'énormité (Cotard) ou délire des grandeurs à rebours. Le malade se croit tout-puissant pour faire le mal ; il est l'égal de Dieu, mais pour contre-balancer son pouvoir, c'est-à-dire Satan ; il est éternel pour souffrir, ou bien il est immortel parce qu'il est en bois, en pierre, qu'il n'a plus d'organes, qu'il n'a jamais existé (délire des négations).

Ces idées, quoique indiquant une forme grave de mélancolie, n'impliquent pas cependant l'incurabilité.

Pronostic général des idées de grandeur et indications.

Quelle que soit l'affection que l'on considère, on voit que les idées de grandeur ont toujours un pronostic fâcheux.

Paralysie générale, délire des persécutions, folie circulaire : Pronostic fatal. Incurabilité.

Folie mystique : démence rapide souvent, ou incurabilité.

Débilité mentale : quelques chances de guérison seulement. Rechutes fréquentes jusqu'à ce qu'un état chronique s'établisse, avec tendance à la démence.

Mélancolie anxieuse : guérison difficile. Chronicité fréquente.

Quand on rencontre des idées de grandeur chez un malade, on doit donc agir sans hésitation, car on est exposé aux cas suivants :

Paralysie générale : le malade peut dilapider sa fortune, et celle de sa famille, compromettre sa réputation, etc.

Délire de persécution : il peut, sous l'influence combinée de ses idées de grandeur et de persécution, se livrer à des actes de violence pour revendiquer ses droits.

Folie circulaire : il peut également commettre toutes sortes d'actes nuisibles à sa santé, à sa fortune, à l'honneur de sa famille.

Folie mystique : danger de violences et surtout d'homicide.

Débilité mentale : tout peut arriver suivant les tendances de l'individu au mysticisme, à la persécution, aux réformes, aux inventions, etc.

Mélancolie anxieuse : craindre le suicide que le malade essaye pour voir s'il est immortel et échapper à son sort.

Conclusion pratique. — Porter un pronostic grave ou réservé. Interner le malade le plus tôt possible.

IDÉES ÉROTIQUES

Les idées érotiques, ou pour mieux dire, toutes les manifestations délirantes du sens génésique, se rencontrent fréquemment et dans des cas très divers. Généralement c'est dans des états d'excitation qu'on les voit survenir ou sous l'influence d'hallucinations ou de perversions sexuelles.

1° Dans la première catégorie, la plus nombreuse, se rangent les affections suivantes :

1° *Paralysie générale ;*
2° *Excitation maniaque ;*
3° *Manie puerpérale ;*
4° *Épilepsie.*

2° La seconde comprend :

5° *Folie mystique ;*
6° *Délire de persécution ;*
7° *Folie hystérique ;*
8° *Démence.*

3° La troisième catégorie comprend enfin

9° *Érotomanie ;*
10° *Perversions sexuelles.*

1° **Paralysie générale.** — De tous les états d'excitation, la première période de la paralysie générale, est celui où l'érotisme est le plus marqué. Il se traduit non seulement par des idées et des paroles, mais encore par des actes. Les malades se livrent alors à des exhibitions obscènes (Voy. *Exhibitionnistes*), font de nombreux excès vénériens dont ils se vantent fort, et peuvent même se livrer à des attentats à la pudeur et à des viols.

Leur excitation génésique donne souvent lieu à des conceptions délirantes. Ils se croient capables de repeupler le monde, de posséder mille femmes dans une nuit, et autres prouesses du même genre. Ils ont à un moindre degré le sentiment de leurs attraits pour le sexe opposé. Ce sont surtout les hommes qui manifestent cette excitation génésique. Les femmes cependant n'en sont pas exemptes et on en voit de très honorables jusque-là se donner au premier venu. Plus tard, même dans les dernières périodes, alors qu'elles sont complètement inconscientes de leur état, elles ne parlent encore de rien moins que « de se marier demain ».

Les conséquences de ces idées peuvent être sérieuses quand, se manifestant à une époque où la maladie peut passer inaperçue à des yeux non exercés, elles entraînent à des actes délictueux.

2° **Excitation maniaque.** — L'excitation maniaque simple ou symptomatique de la folie circulaire est, après la paralysie générale, l'affection où l'érotisme se montre le plus; et là encore il dépend de l'excitation fonctionnelle générale. Il se traduit par

un cynisme quelquefois outré chez les femmes, où il se manifeste toutefois en paroles plutôt qu'en actes. Il faut surveiller beaucoup les malades, hommes ou femmes, dont les appétits sont encore aiguisés par les obstacles et risquent toujours de compromettre leur réputation et leur honorabilité par quelque scandale.

L'excitation génésique se produit aussi dans l'alcoolisme aigu ou subaigu; et chez les dipsomanes on observe quelquefois des tendances érotiques au même titre que n'importe quelles autres impulsions.

3° **Manie puerpérale.** — La manie, et plus spécialement la manie puerpérale, s'accompagnent fréquemment d'idées érotiques. C'est même une des marques du délire puerpéral que ce caractère d'obscénité et d'érotisme. Dans la manie l'excitation génésique se traduit surtout par une masturbation quelquefois excessive. Il faut y prendre garde, car cet onanisme entretient la vésanie, amène une déchéance physique et intellectuelle plus rapide et détermine la chronicité et même la démence précoce.

4° **Épilepsie.** — C'est surtout sous forme d'exhibitions obscènes (Voy. *Exhibitionnistes*) et de masturbation que l'excitation génésique se manifeste. Souvent, à la suite de leurs accès, les épileptiques se livrent à un onanisme automatique, machinal. Or on sait que le spasme cynique et la convulsion épileptique sont de même ordre. On comprend donc combien la répétition de ce spasme, épuisant les centres nerveux, et surajoutant ses effets aux convulsions épileptiques, exagère encore les troubles

intellectuels de l'épilepsie et la rapidité de la démence. Lorsque l'onanisme se pratique après l'accès, l'épuisement s'aggrave; lorsqu'il existe en dehors de l'accès il le provoque souvent, la convulsion se généralisant et prenant un caractère plus intense. D'où la nécessité pour les épileptiques d'éviter le plus possible tout excès vénérien et d'espacer même les rapports sexuels.

5° **Folie mystique.** — Il y a une sorte de corrélation intime entre le mysticisme et l'érotisme, mais seulement dans les formes excitées de la folie religieuse. Dans les formes dépressives au contraire, comme chez les damnés, on ne les rencontre pas. L'excitation génésique se montre surtout chez les femmes où l'amour de Jésus, leur divin amant, n'est guère basé que sur des illusions ou des sensations génésiques spontanées. Les malades sont incubes ou succubes, ont des relations avec Dieu, les archanges, les saints, etc. Leurs ravissements et leurs extases ne sont pas toujours d'ordre platonique, mais elles éprouvent — car ce sont ordinairement des femmes — des sensations génitales voluptueuses.

6° **Délire de persécution.** — Ici les hallucinations génitales sont, on le sait, très communes. On a même voulu voir chez la femme — où elles se rencontrent le plus — un antagonisme entre ces hallucinations et les idées de grandeur. Mais il n'en est rien, et de ce qu'on constate chez un persécuté des hallucinations génitales on n'est pas autorisé à dire qu'il ne versera pas dans le délire de grandeurs.

Au point de vue du *pronostic* cela n'a pas du reste

grande importance puisque cette forme d'aliénation est absolument chronique.

Mais si ces hallucinations génitales sont intéressantes à constater, c'est plutôt au point de vue du *diagnostic*. En effet les délires de persécution d'origine toxique ne s'accompagnent guère d'hallucinations génitales aussi nettes, aussi précoces, aussi systématisées que celles du délire de persécution chronique. Ce qui importe, du reste, c'est la cause que les malades donnent aux sensations qu'ils éprouvent. Tandis que les mystiques les attribuent au surnaturel, les persécutés les attribuent à leurs ennemis terrestres. C'est toujours le côté persécution qui domine chez ces derniers et leurs sensations ne sont guère voluptueuses : on les viole, on leur tire du sperme, etc., etc.

Ces hallucinations peuvent avoir aussi une importance *médico-légale* considérable, car les malades portent fréquemment des accusations de tentatives immorales contre des personnes honorables et en particulier les médecins, les dentistes, qui ont à les traiter. Généralement cependant l'invraisemblance des circonstances dans lesquelles l'acte reproché aurait été commis, montre qu'on est en présence d'aliénés.

Certains persécutés présentant des rémissions et des accès d'excitation deviennent tout à coup obscènes et érotiques, en dehors même d'hallucinations génitales. Ils se livrent, surtout devant le sexe opposé, à toutes sortes d'actes cyniques et provocateurs, à des gestes et des attitudes obscènes.

7° **Hystérie.** — Certaines hystériques ont des tendances érotiques assez accusées. Elles formulent alors souvent des accusations auxquelles leurs hallucinations fournissent une certaine base et sur lesquelles leur imagination brode tout un roman, quelquefois assez habilement construit pour donner le change. Aussi est-il de la plus élémentaire prudence de ne jamais examiner une hystérique — femme ou jeune fille — seul dans son cabinet. Il est du reste absolument erroné de dire que l'hystérie et l'érotisme marchent de pair. C'est une vieille idée basée sur une pathogénie archaïque plaçant le siège de l'hystérie dans les organes génitaux, et qui malheureusement trouve encore des adhérents, non seulement dans le vulgaire, mais même chez des médecins, qui n'hésitent pas, quelquefois, à pratiquer la section de l'hymen ou la clitoridectomie chez des vierges, quand, même, on ne fait pas l'ovariotomie, toutes pratiques qui non seulement sont inutiles mais préjudiciables aux malades en renforçant leur idée erronée sur l'origine de leur affection en attirant leur attention sur leurs organes génitaux. Aussi en voit-on fréquemment qui veulent à tout instant, sous le plus futile prétexte, se faire examiner au spéculum, sollicitations auxquelles il est plus prudent de ne pas céder.

Quant on constate chez une hystérique des tendances érotiques il faut, au contraire, en les traitant, attirer toute leur attention d'un autre côté.

8° **Démence.** — Les déments séniles ont souvent au début de l'excitation sexuelle. C'est alors qu'ils

se livrent à des exhibitions obscènes (Voy. *Exhitionnistes* et qu'ils cherchent dans des pratiques anormales une excitation factice pour leurs organes impuissants à satisfaire leurs désirs. C'est aussi sous cette influence qu'on les voit commettre des attentats à la pudeur, des viols, se livrer à la pédérastie et à toutes les perversions sexuelles possibles.

9° **Érotomanie.** — Les érotomanes vrais sont le plus souvent des platoniques, des extatiques, des mystiques d'un genre particulier, auxquels même l'idée charnelle répugne. Ils ont un culte idéal pour une personne d'une situation au-dessus de la leur ou même pour un être imaginaire. Mais quelquefois aussi ils deviennent de vrais persécuteurs pour l'objet aimé qu'ils finissent par compromettre et sur lequel ils se livrent parfois à des attentats, au crime même, s'ils arrivent à s'en rapprocher. Ils tuent alors la personne qu'ils adorent pour qu'elle n'appartienne à personne d'autre qu'à eux, et se suicident souvent ensuite; ou d'autres fois ils se suicident avec elle.

Ce sont ordinairement des dégénérés héréditaires, chez lesquels l'érotomanie survient par accès irréguliers.

Leurs actes, qui les amènent souvent devant la justice, sont quelquefois très délicats au point de vue médico-légal, comme tous ceux du même genre, du reste, qui sont sur la limite de la raison et de la folie, et pour lesquels il est plus sage et plus prudent de faire intervenir des hommes spéciaux, si

l'on veut ne s'attirer aucun ennui, ni encourir de responsabilité trop grave.

10° **Perversions sexuelles.** — Il nous reste à parler des obsédés, des impulsifs, des individus qui ont des tendances contre nature, des perversions ou de l'inversion sexuelles (nymphomanie, tribadisme, pédérastie, bestialité, etc., etc.). Nous n'insisterons pas sur ces troubles qui le plus souvent échappent à l'investigation du médecin, et qui ne sont guère mis en évidence que lorsque des circonstances spéciales attirent l'attention sur eux, en particulier lorsqu'ils ont entraîné des conséquences judiciaires, et que les sujets sont soumis à un examen médico-légal. Ce que nous disions à propos des érotomanes est encore plus applicable ici peut-être, car ces perversions sexuelles sont fréquemment isolées et non combinées avec d'autres manifestations de la dégénérescence mentale, comme l'érotomanie. Entre le vice et l'impulsion à certains actes contraires à la nature et à la morale il est très souvent difficile de se prononcer.

Onanisme. — L'onanisme se rencontre si souvent dans les états psychopathiques que nous le signalons d'une façon spéciale à l'attention.

On le rencontre dans :

Idiotie et imbécillité;
Débilité mentale;
Dégénérescence mentale. Perversions sexuelles (surtout les enfants);

Épilepsie (avant et après l'accès.) (Voy. plus haut, page 343.)

États d'excitation : paralysie générale, excitation maniaque simple ou symptomatique, manie aiguë et chronique, démence.

On doit toujours s'en méfier chez les enfants nerveux qui changent de caractère, deviennent paresseux, maussades, hébétés, ont de la difficulté à apprendre. Chez de jeunes sujets il donne souvent la clef de bien des symptômes anormaux et qu'on ne sait à quoi rattacher. Dans tous les cas on doit prendre des mesures mettant le malade ou l'enfant dans l'impossibilité de s'y livrer, car l'onanisme peut amener chez de jeunes enfants un état de folie morale complète. Leur intelligence, au moment où elle devrait se développer, s'affaiblit au contraire. Cela peut enfin mener à une démence précoce incurable.

Chez les malades qui se livrent à l'onanisme dans le cours de vésanies, cette habitude détermine une tendance à la chronicité, et transforme ainsi une maladie curable en maladie incurable.

Dans les cas chroniques il précipite la déchéance physique.

A tous égards l'onanisme est donc extrêmement préjudiciable à tous les sujets qui s'y livrent et l'on ne saurait trop le combattre.

EXHIBITIONNISTES

On désigne sous ce nom des individus qui exhibent leurs organes génitaux en public. L'exhibitionnisme peut se rencontrer dans plusieurs états très différents, mais la façon dont l'exhibition se produit est cependant souvent un moyen de diagnostic. C'est un symptôme utile à connaître, car le plus souvent ces individus sont pris comme coupables d'attentats aux mœurs ou à la pudeur et passent devant les tribunaux. Ce n'est quelquefois qu'après coup qu'on s'aperçoit que ce sont des aliénés, mais la flétrissure n'en persiste pas moins. Au point de vue médical ce phénomène peut donc avoir une grande importance.

On rencontre des exhibitionnistes parmi les :

1° *Épileptiques;*
2° *Paralytiques généraux;*
3° *Déments;*
4° *Alcooliques;*
5° *Impulsifs ordinaires (dégénérés);*
6° *Idiots et imbéciles.*

1° **Épileptiques.** — Lorsque chez un individu de mœurs connues, honorable, on voit tout à coup se

produire une exhibition, au milieu de ses occupations, sans cause provocatrice apparente, et à la suite cet individu n'éprouver aucune gêne, paraître ne pas même s'en souvenir, il faut penser à l'épilepsie larvée, et chercher les autres manifestations comitiales qu'il peut avoir : vertiges, absences, miction nocturne involontaire, morsures de la langue, pertes de mémoire, impulsions, etc. L'inconscience avec laquelle les épileptiques accomplissent ces actes, leur manque de motifs, leur contraste avec leur caractère antérieur, leur instantanéité; l'air inconscient, la pâleur du malade, la fixité du regard sur le moment, l'oubli consécutif, sont autant de signes de l'épilepsie.

Malheureusement au point de vue médico-légal la partie la plus importante de ces symptômes, ceux de l'accès, manquent précisément. Il n'y a donc que la perte de souvenir, l'absence de motifs, et les commémoratifs pour établir la vérité et la surveillance pour la contrôler.

2° **Paralytiques généraux.** — Les exhibitions sont très fréquentes chez ce genre de malades. Jusqu'alors convenables, honnêtes, moraux, on les voit tout à coup, en public, sans motif appréciable, baisser leur pantalon, exhiber leurs organes génitaux avec un air de satisfaction. Car non seulement ils ont conscience de leur acte, mais ils le font avec ostentation, et n'en comprennent pas l'inconvenance. Ils en tirent vanité, en rient et en donnent une explication absurde.

L'ensemble de ces circonstances doit mettre en

garde sur la liberté d'esprit du sujet et faire rechercher les autres signes de paralysie générale. C'est à elle qu'on doit penser tout d'abord quand l'exhibition s'est produite consciemment, sans oubli consécutif comme chez les épileptiques, sans excuse invoquée comme chez les impulsifs, et que le malade témoigne de la perte de son sens moral par la façon dont il s'en vante, et de son affaiblissement intellectuel par l'explication ridicule qu'il en donne.

3° **Déments séniles.** — L'exhibition revêt chez eux à peu près les mêmes caractères que chez les paralytiques généraux. L'âge des malades, l'aspect démentiel de leur physionomie, l'embrouillement des explications, aident au diagnostic. C'est ordinairement dans des moments d'excitation maniaque, sous l'influence d'impulsions érotiques, qu'ils se livrent à ces exhibitions. C'est généralement vis-à-vis d'enfants, de petites filles qu'ils le font, et non pas en public, dans la rue, comme les paralytiques généraux. Ils rentrent dans la catégorie des paralytiques généraux au point de vue de l'inconscience morale avec laquelle ils agissent, et d'autre part dans celle des impulsifs ordinaires par suite de l'irrésistibilité de leur désir. Ce qui les distingue des deux c'est le choix du milieu et des personnes devant qui ils se livrent à ces exhibitions. Il leur arrive aussi de satisfaire simplement leurs besoins naturels où ils se trouvent, sans se préoccuper de ceux qui les entourent.

4° **Alcooliques.** — Les alcooliques excités ou de simples ivrognes font aussi fréquemment des exhi-

bitions analogues. S'il existe du délire alcoolique il n'est pas difficile de mettre l'acte sur le compte de l'alcoolisme. Mais par une singulière anomalie, qui se retrouve d'ailleurs toujours entre l'alcoolisme aigu et l'alcoolisme chronique ou subaigu, l'individu ivre passagèrement qui s'exhibe passe en jugement, tandis que l'alcoolique invétéré est placé dans un asile.

5° **Dégénérés impulsifs.** — Les impulsifs sont poussés à l'exhibition comme à tout autre acte répréhensible et contraire aux mœurs et aux lois. Mais ici il n'y a ni inconscience, ni perte de souvenir comme dans l'épilepsie. Ce n'est pas au milieu d'un public nombreux et quelconque qu'ils se livrent à leur acte obscène. C'est ordinairement vis-à-vis de jeunes sujets ou de personnes qui par leur caractère, leur situation, devraient au contraire leur inspirer du respect. Ce sera par exemple devant une religieuse, un prêtre, des femmes et des fillettes, dans une église, qu'ils se sentiront irrésistiblement poussés à s'exhiber. C'est du reste la seule explication qu'ils fournissent. Ce sont le plus souvent des débiles agissant sans but, d'une façon irréfléchie, impulsive, ne comprenant pas la portée de leur acte s'ils ont quelque motif précis en l'exécutant.

6° **Imbéciles et idiots.** — Les exhibitions sont très fréquentes dans ces deux classes de dégénérés. Elles se produisent sous l'influence d'une excitation érotique, comme chez les imbéciles, ou par ignorance des convenances, comme chez les idiots : les actes n'ont pas de grandes conséquences médico-légales,

l'état mental des sujets étant trop apparent pour échapper, même à un examen superficiel.

Pronostic général.

D'après ce que nous venons de voir des différents états où les exhibitions peuvent se rencontrer, il est facile de conclure que c'est un symptôme sérieux toujours, puisqu'il est lié à des affections graves ou chroniques.

En outre, au point de vue social, il peut avoir une grande importance puisqu'il expose certains individus comme des épileptiques ou des impulsifs ordinaires ou même des paralytiques généraux au début, à être regardés comme des coupables et condamnés comme tels, et que, même reconnus malades plus tard, leur flétrissure imméritée n'en rejaillit pas moins sur leur famille.

OBSSESSIONS

L'obsession, qui est un élément de l'impulsion consciente, peut se montrer à l'état isolé, sans impulsion. Elle est essentiellement du domaine intellectuel et moral, tandis que l'impulsion est du domaine psycho-moteur.

Si elle est aussi grave que l'impulsion au point de vue mental elle est loin d'avoir la même importance au point de vue social, puisque ses conséquences restent presque complètement limitées à l'individu.

Les obsessions sont toujours conscientes, héréditaires, rémittentes, périodiques et intermittentes. Elles s'accompagnent d'angoisse et de phénomènes physiques d'origine émotionnelle. Elles restent toujours les mêmes pendant toute la vie, avec des alternatives de rémissions et de paroxysmes et ne se transforment pas en d'autres formes de maladies mentales. Elles n'aboutissent pas non plus à la démence.

Suivant qu'elles appartiennent à la sphère intellectuelle ou à la sphère morale on a :

A. Sphère intellectuelle :

1° *Folie du doute ;*

2° *Onomatomanie;*
3° *Coprolalie;*
4° *Arithmomanie.*

B. Sphère morale :

5° *Délire du toucher;*
6° *Agoraphobie;*
7° *Claustrophobie;*
8° *Pyrophobie;*
9° *Kleptophobie;*
10° *Zoophobie;*
11° *Zoophilie, folie des antivivisectionnistes.*

A. Sphère intellectuelle. — 1° **Folie du doute.** — C'est une des formes les plus fréquentes de la dégénérescence mentale. Elle se manifeste surtout chez les femmes et chez des individus d'une culture intellectuelle un peu élevée.

Elle apparaît souvent dès l'enfance sous forme de scrupules exagérés, au moment de la première communion surtout, de craintes puériles, non motivées. Le sujet a toujours peur de se tromper, recommence plusieurs fois ce qu'il fait, n'en est jamais content, et s'adresse toujours des reproches. Les moindres actes sont conçus avec mille précautions. Il n'est jamais sûr s'il a fait ou non une chose. Il est incapable de se décider à rien sans de nombreuses hésitations, et plus les choses sont de faible importance, plus son embarras paraît augmenter. Par contre il est souvent capable de très bien gérer des affaires importantes et dans des moments difficiles de prendre une décision ferme et rapide.

Plus les occupations du malade sont d'ordre intellectuel, et plus son angoisse se montre à tout propos. Il en résulte un état général d'anxiété qui modifie son caractère et finit par le rendre quelquefois très difficile pour son entourage; car il en arrive à douter non seulement de ce qu'il fait, mais de ce que les autres font, et leur communique parfois ses hésitations et ses craintes perpétuelles.

Le doute est tantôt d'ordre métaphysique et se rapporte aux problèmes de l'âme, de Dieu, de la nature, etc.; tantôt d'ordre matériel et a pour objet les faits les plus simples de la vie journalière.

Des paroxysmes et des rémissions, de plusieurs années souvent, viennent modifier d'une façon irrégulière la marche de ces phénomènes.

Quelquefois le doute est tel qu'il cause au malade un état d'angoisse qui le fait tomber dans une sorte d'état mélancolique anxieux ou mystique, et que fréquemment apparaissent des idées de suicide qu'il met à exécution pour se débarrasser d'une existence trop pénible et d'une maladie dont il a conscience et qui n'est susceptible d'aucun traitement bien efficace.

2° **Onomatomanie.** — L'onomatomanie s'observe aussi chez des sujets intelligents. Elle peut se montrer sous différentes formes. — 1° Le sujet cherche un mot ou un nom qui lui échappe. Cette recherche d'abord légère s'impose de plus en plus à son esprit et devient angoissante. Il s'agite, a de l'anxiété, des serrements à l'épigastre, des tendances à la syncope. C'est tantôt le souvenir d'un mot ou

d'un nom qui s'impose ainsi ; tantôt le besoin de savoir le nom de certaines choses ou de certaines gens. Et souvent, on le conçoit, il est impossible de satisfaire immédiatement ce besoin. Aussi la plupart de ces malades ont-ils un petit registre sur lesquels les mots et les noms dont ils peuvent avoir le plus besoin sont inscrits. — 2° Dans un second cas c'est un mot ou un nom, le plus souvent bizarre, qui s'impose à l'esprit avec impulsion irrésistible à le prononcer à voix haute ou basse. — 3° Certains mots ont aux yeux des malades une influence particulièrement funeste qui leur donne une véritable angoisse. D'autres mots, au contraire, les préservent en quelque sorte et ils se sentent poussés à les prononcer dans certaines circonstances pour éviter des calamités. — 4° Enfin chez quelques malades le mot devient un véritable corps solide, qui pèse sur l'estomac et qui est rejeté dans des efforts d'expuition et de crachement.

Les deux premières formes sont de beaucoup les plus fréquentes.

3° **Coprolalie.** — Parfois c'est un mot ordurier qu'ils éprouvent ainsi le besoin de prononcer. C'est alors ce qu'on nomme la coprolalie, forme qu'on rencontre toujours associée à la maladie des tics, ou bien c'est une tendance irrésistible à proférer des blasphèmes, en faisant des prières ou en accomplissant des devoirs religieux (manie blasphématoire).

4° **Arithmomanie.** — Au lieu que ce soit un mot ou un nom qui obsède l'esprit c'est un chiffre ou un nombre, ou des combinaisons de nombres. Chez les

uns c'est une manie de compter tout ce qui tombe sous leurs yeux et ils en arrivent à négliger tous les autres caractères des choses pour ne considérer que le nombre. C'est un besoin, chez d'autres, de faire des statistiques à propos de tout et des choses les plus inutiles. Certains ne peuvent se décider à faire quoi que ce soit sans avoir compté jusqu'à un certain nombre. Ou bien attribuant un sens particulier à certains nombres, comme 13, 3, 5, 7, 9, ils passent leur temps à faire et refaire la même chose un nombre de fois déterminé, et pour peu qu'ils se trompent ou qu'ils doutent s'ils se sont trompés, il en résulte une angoisse épouvantable. Ils n'ont pas de cesse qu'ils n'aient tout recommencé et s'épuisent dans ce fastidieux travail qui leur enlève le sommeil et l'appétit.

Il est rare sans doute que ces derniers troubles en arrivent à un degré tel que les devoirs sociaux en subissent le contre-coup. Le plus souvent ils sont compatibles, au moins pendant assez longtemps, avec une existence en apparence normale et des fonctions sociales régulières.

B. Sphère morale. — Plus communs peut-être sont les troubles obsédants s'accompagnant d'un sentiment de crainte : les *phobies* que les malades avouent difficilement du reste, se trouvant ridicules, et qu'il faut savoir leur faire avouer en leur décrivant la façon dont ils doivent les éprouver. Ces phobies constituent ce que Morel appelait si justement le *délire émotif*, terme bien préférable à celui de syn-

drôme épisodique de la folie des dégénérés, et dont il faut jusqu'à nouvel ordre se servir, en le faisant suivre dans les certificats de l'énoncé des symptômes particuliers qu'il offre dans l'espèce.

5° **Délire du toucher.** — On le décrit ordinairement comme associé à la folie du doute. C'est vrai souvent, mais non toujours. La sphère dans laquelle ces deux troubles se développent étant différente, il est préférable de les décrire à part. Le délire du toucher est du reste aussi souvent associé à d'autres obsessions ou impulsions qu'à la folie du doute proprement dite, qui de son côté ne coïncide pas toujours avec lui, loin de là.

Il est caractérisé par ce fait que le contact de certains objets détermine chez le malade une terreur inexplicable, dont il comprend toute l'absurdité, mais qu'il ne peut vaincre et qui détermine, si on le force, une angoisse extrême avec tendance à la syncope.

Les uns ne peuvent toucher les pointes, les aiguilles, etc, d'autres les couteaux, les rasoirs. Ils ont peur de s'en servir contre eux-mêmes, ou de faire du mal aux autres involontairement. Certains ont la crainte de toucher certains métaux, les pièces de monnaie, les boutons de porte. Il en résulte que s'ils ont quelque doute d'y avoir touché, ils passent leur temps à se laver et relaver les mains (*misophobie*). Naturellement plus le nombre des objets qui leur inspirent cette aversion est grand, plus aussi leur existence devient compliquée et les actes sociaux ralentis.

Sur cette base peuvent se développer toutes les idées possibles, telles que d'avoir touché à quelque chose ou à quelqu'un, ayant lui-même touché du poison, ou d'avoir été en contact avec un animal enragé, etc., etc.

Certains malades en arrivent à ne pas oser changer de linge. Leur vie se complique tellement dans certains cas qu'elle devient impossible en société.

Ces malades ont sans cesse besoin d'être rassurés et comme leurs raisonnements ne leur suffisent jamais, ils questionnent continuellement les autres d'une façon fatigante.

En opposition avec ces craintes de contact des objets les plus divers, on observe des malades qui ont le besoin de toucher des choses malpropres. C'est beaucoup plus rare.

6° **Agoraphobie.** — Un trouble plus fréquent peut-être que le délire du toucher, c'est l'agoraphobie, la peur des espaces. C'est surtout chez les hommes qu'on l'observe et en particulier chez les neurasthéniques. C'est un trouble qui, contrairement aux suivants, ne se produit que dans des conditions spéciales et n'obsède pas l'esprit d'une façon continue pour ainsi dire.

L'angoisse se montre au moment de traverser un espace un peu étendu, une place, une rue large, un pont. Ce sujet a alors une peur incompréhensible, une angoisse extrême, ses jambes flageollent, et s'il persiste, il tombe et peut même perdre connaissance. L'assistance d'une autre personne, d'un enfant seulement, quelquefois même d'un animal suffit pour les

rassurer. Plus l'état persiste et s'aggrave, plus l'appui moral qui leur est nécessaire a besoin de solidité.

D'autres ne peuvent se trouver dans une foule (*anthropophobie*), le long des murailles, dans des lieux très vastes, comme des théâtres, des églises, sans être également pris de terreur et d'angoisse. D'autres encore ont peur seulement en voiture, en chemin de fer, dans l'obscurité.

La plupart du temps, l'agoraphobie s'accompagne d'autres craintes, telles que d'être renversé par une voiture, écrasé par une tuile.

La conscience que l'agoraphobe a de son état, de l'absurdité de sa crainte, l'intimide encore et contribue à lui faire perdre le peu de moyens qu'il a.

7° **Claustrophobie.** — Par opposition à l'agoraphobie il y a la claustrophobie qui coïncide souvent avec elle et avec d'autres obsessions. C'est surtout la nuit ou dans l'obscurité que les claustrophobes sont épouvantés. Ils sont pris d'angoisse à l'idée qu'ils sont enfermés, qu'ils ne pourront plus sortir quand ils voudront. Ils laissent portes et fenêtres ouvertes et vont s'assurer maintes et maintes fois qu'elles le sont bien. Ils s'assurent qu'ils trouveront toujours une issue et s'ingénient à faire les plans d'évasion les plus invraisemblables en cas de besoin. Et quelquefois pris d'affolement, ils s'enfuient comme s'ils étaient poursuivis. Certains ont seulement la peur de se trouver seuls (*monophobie*).

8° **Zoophobie-zoophilie.** — La peur des animaux ou zoophobie est de même ordre que le délire du

toucher. Les malades qui en sont atteints craignent toujours d'avoir touché quelque animal venimeux ou enragé. Par contre certaines personnes ont pour les animaux une affection exagérée — *zoophilie* — à laquelle ils sacrifieraient tous les êtres humains. C'est à cette catégorie de malades qu'appartiennent les antivivisectionnistes qui comptent surtout des femmes parmi leurs adeptes.

9° **Kleptophobie, pyrophobie.** — De même que nous avons vu la kleptomanie et la pyromanie, nous avons leurs contraires dans la kleptophobie et la pyrophobie. Les uns ont toujours peur d'avoir pris ou d'être tenté de prendre ce qui ne leur appartient pas. Les autres ont la terreur du feu, des allumettes, des armes à feu, craignent toujours de causer des incendies par leur négligence, et vont s'assurer sans cesse, chez eux, s'ils n'ont rien laissé d'allumé qui puisse communiquer le feu.

Pronostic général et traitement.

Pronostic. — On pourrait multiplier presque à l'infini les différentes espèces de craintes imaginaires et angoissantes que les dégénérés peuvent présenter, sans profit d'ailleurs. Telles sont la *gynophobie* (peur de la femme), l'*astrophobie* (peur des orages, des éclairs), la *pathophobie* (peur des maladies), la *pantophobie* (peur de tout), la *phobophobie* (peur d'avoir peur), etc. Le pronostic en est toujours mauvais au point de vue de la guérison. On ne peut espérer que des rémissions plus ou moins longues. Mais

les rechutes se reproduisent fatalement, avec, chaque fois, de l'aggravation. Les causes de terreur deviennent plus nombreuses et plus minimes, en même temps que souvent d'autres obsessions se montrent.

Traitement. — On est très désarmé en présence de ces cas-là. Dès que dans l'enfance se manifestent ces tendances, il faut donner à l'enfant une éducation spéciale, pratique, positive, et le moins métaphysique possible, et éviter de frapper son imagination. S'il a des tendances aux obsessions intellectuelles il faut développer son éducation physique ; si c'est aux obsessions morales développer son éducation intellectuelle et son raisonnement.

En tous cas, on doit favoriser beaucoup les exercices physiques, la vie active, au grand air, tous les genres de sports, la gymnastique, le vélocipède, etc. En même temps il faut autant que possible régler avec une discipline très ferme tous les actes de l'existence. Chez l'adulte, ces exercices physiques sont absolument indiqués aussi. Le vélocipède, si répandu aujourd'hui, et qui est à la portée de tout le monde, se recommande particulièrement par l'obligation où il met le sujet de porter toute son attention sur sa machine et le force ainsi à oublier ses préoccupations obsédantes.

En outre des exercices physiques il est bon d'instituer un traitement moral consistant à rassurer le malade, à le raisonner, à lui inspirer confiance. On lui procure ainsi un soulagement, qui malheureusement ne dure pas. Les voyages, les distractions

peuvent aussi amener de bons résultats, mais toujours momentanés. L'hydrothérapie peut rendre aussi des services.

Mais l'internement, l'isolement sont le plus souvent contre-indiqués. Ils n'amènent en général que de mauvais résultats.

IMPULSIONS

Les impulsions sont de deux ordres : inconscientes ou conscientes. Ces dernières peuvent résulter soit d'hallucinations ou de délire, soit d'obsession ou idées fixes.

A. **Impulsion inconsciente :**

1° *Épilepsie.*

B. **Impulsions hallucinatoires ou délirantes plus ou moins conscientes :**

2° *Stupeur.*
3° *Mélancolie.*
4° *Folie religieuse.*
5° *Délire de persécution.*
6° *Alcoolisme aigu ou subaigu.*
7° *Hystérie.*
8° *Manie.*

C. **Impulsions conscientes**

9° *Suicide.*
10° *Homicide.*
11° *Dipsomanie.*
12° *Kleptomanie.*
13° *Pyromanie.*

D. Impulsion acquise : Nous ajouterons à cette liste la *morphinomanie*, qui devient une véritable impulsion pathologique, et qui ne diffère des autres que parce qu'elle est acquise et non spontanée. L'éthéromanie, la cocaïnomanie, etc., sont des impulsions de même ordre.

A. Impulsion inconsciente.

1° **Épilepsie.** — Les caractères de l'impulsion épileptique sont : l'instantanéité, l'absence de conscience, l'automatisme, la violence ordinairement, l'absence de souvenir consécutif. Elle peut se montrer avant ou après l'accès ou le constituer tout entier.

Avant l'accès : On observe souvent une impulsion à courir (épilepsie procursive), à tourner, à frapper, etc. qui se termine par un accès ordinaire, indiquant la nature même de l'impulsion.

Après l'accès : Dans la période consécutive à l'accès, quand les malades sont encore dans un état d'obnubilation intellectuelle où l'automatisme prime tout le reste, ils se livrent à des actes automatiques simples, comme de se boutonner ou de se déboutonner, etc. ; mais quelquefois, et ce n'est pas heureusement le cas le plus fréquent, ils sont pris d'un véritable délire dans lequel ils peuvent se livrer aux pires violences.

Accès constitué par l'impulsion : Tantôt c'est le grand mal intellectuel, l'accès de fureur épileptique (Voy. *Etats d'excitation*), tantôt c'est l'automatisme ambulatoire (Voy. *Fugues*).

B. Impulsions hallucinnatoires.

C'est ordinairement une hallucination de l'ouïe ou de la vue, ou une hallucination psychomotrice qui provoque l'impulsion.

2° **Stupeur.** — C'est dans la stupeur qu'on rencontre le plus souvent les impulsions instantanées — les raptus — qui poussent les malades à se jeter sur quelqu'un, à le frapper, à se suicider, à briser, etc. (Voy. *Etats de dépression*, et *Hallucinations*).

3° **Mélancolie.** — Chez les mélancoliques anxieux l'impulsion au suicide, qui peut donner à la mélancolie une forme particulière (Voy. *Idées de suicide*, et *États de dépression*), est la plus fréquente et nécessite des précautions et une surveillance de tous les instants, et le plus souvent l'internement immédiat. Tantôt c'est simplement par terreur des châtiments que leur délire leur fait entrevoir qu'ils cherchent à y échapper par la mort, tantôt c'est sous l'empire d'une hallucination auditive ou psychomotrice verbale, qui leur dit : « Il vaudrait mieux que tu sois mort ; tue-toi ! etc. »

Dans la *mélancolie puerpérale*, outre les impulsions au suicide, qu'on doit toujours redouter, il faut se défier aussi beaucoup des impulsions des malades à tuer leur enfant, soit pour lui éviter une vie trop triste, soit pour lui faire gagner le ciel tout de suite, soit encore par une obsession sans motif contre laquelle elles luttent et qui devient à leurs yeux une nouvelle cause de répulsion pour elles-mêmes

et d'appel de nouveaux châtiments sur leur tête.

4° **Folie religieuse.** — Ici c'est encore en vertu de leurs idées délirantes de possession, de damnation, que les malades sont poussés à se tuer, ou au contraire à tuer, convaincus qu'ils sont d'être des missionnaires de Dieu, des réformateurs; ou bien encore ils se sentent poussés par le démon sous forme d'une force irrésistible qu'ils ne peuvent attribuer qu'à lui.

5° **Délire de persécution.** — Quoique les hallucinations auditives soient pourtant extrêmement intenses dans cette forme vésanique, les impulsions violentes sont cependant assez rares. Elles se produisent plutôt chez les débiles persécutés, mal systématisés, que dans le vrai délire de persécution chronique. L'impulsion à tuer se présente alors aux malades comme un ordre pour débarrasser leur chemin d'un ennemi dont ils ne peuvent venir à bout autrement.

6° **Alcoolisme aigu et subaigu.** — Dans ce cas ce sont les illusions et les hallucinations de la vue qui sont la cause directe des actes impulsifs des malades qui se croient poursuivis et se jettent sur le premier venu qu'ils prennent pour un de leurs ennemis.

7° **Hystérie.** — Dans la période délirante de l'attaque, les impulsions surviennent sous l'empire des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Il n'y a pas à proprement parler impulsion puisque les malades agissent conformément à la situation dans laquelle ils se figurent se trouver. La scène à laquelle ils assistent en imagination étant ordinairement la même dans chaque attaque, on peut facilement prévoir

l'apparition des mêmes actes et des mêmes impulsions, et prendre par conséquent dès le début de la crise les précautions nécessaires.

8° **Manie.** — Ici l'automatisme est très développé et la raison n'est plus là pour régler les actes. Quand les malades agissent d'une façon impulsive, c'est sous l'empire d'impulsions ou du besoin d'activité générale auquel ils sont en proie. Du reste ces impulsions ont peu d'importance et ne sont pas d'un caractère dangereux ordinairement, contrairement à ce qui a lieu dans l'épilepsie et l'alcoolisme.

C. Impulsions conscientes.

Ces impulsions sont bien faciles à distinguer des deux variétés précédentes par : 1° l'absence de tout état délirant concomitant; 2° l'existence de la conscience parfaitement nette.

Nous avons déjà vu, en passant, un certain nombre de ces impulsions dans le chapitre précédent, quand nous avons étudié les idées de suicide, les idées homicides, les vols aux étalages, les fugues. Mais ces deux caractères : absence de délire et conscience nous ont fait rejeter à maintenant leur étude qui ne rentre pas, en effet, dans celle de ces mêmes états chez les aliénés.

Certains caractères communs réunissent entre elles toutes ces impulsions. 1° *Obsession* : Le sujet est obsédé par l'idée de l'acte à exécuter, d'abord passagèrement, puis de plus en plus souvent, et enfin d'une façon presque constante, à moins que son

attention ne soit très fortement attirée d'un autre côté. 2° *Impulsion* : L'idée fixe d'agir se transforme peu à peu en impulsion à agir. 3° *Irrésistibilité* : Mais, le malade résiste, et entre en lutte avec lui-même, en usant quelquefois de stratagèmes curieux; et cependant l'impulsion s'impose de plus en plus à lui. 4° *Angoisse* : Il résulte de cette lutte un état d'angoisse quelquefois extrême. 5° *Satisfaction consécutive* : Quand enfin le malade a succombé dans la lutte, que l'impulsion s'est donnée carrière, l'angoisse cesse aussitôt et le sujet éprouve une satisfaction, un soulagement qu'il ne cherche pas à dissimuler, quel que soit le regret que son action puisse lui inspirer. 6° *Conscience* : Enfin, toutes les phases qui se déroulent entre l'apparition de l'idée première et l'exécution de l'acte qui en est la conséquence sont accompagnées d'un état de conscience complète.

Que ce soit l'impulsion au suicide, à l'homicide, à boire, à voler, à mettre le feu, etc., c'est toujours le même ensemble de troubles, la même évolution des phénomènes. Mais ces diverses impulsions, auxquelles une certaine école a voulu donner le nom de syndromes épisodiques de la folie des dégénérés — ce qui ne veut rien dire au sens grammatical des mots, ni au sens clinique, puisque ce qui distingue cet état c'est précisément l'absence de folie — ces diverses impulsions, disons-nous, ont quelques caractères particuliers, prises isolément, au point de vue de leur évolution et de leurs conséquences, et sur lesquels il est nécessaire d'insister un peu. Ajoutons

qu'il est rare de les voir à l'état isolé. Presque toujours, en cherchant bien, on retrouve à côté d'elles d'autres impulsions, ou obsessions, ou perversions morales, etc.

9° **Suicide.** — La tendance au suicide est d'autant plus grave qu'elle se présente à l'état isolé, car le suicide arrive alors presque toujours à se produire. Il est indispensable de rechercher dans les antécédents héréditaires s'il y a eu des suicidés dans la famille, car le pronostic en est aggravé d'autant. Non seulement en effet on voit des fils de suicidés se suicider aussi; mais le faire au même âge (hérédité homochrone). Il se produit même quelquefois par le même procédé dans les deux générations. En tous cas il est rare qu'on ne trouve pas d'aliénés dans la famille.

La pendaison est le procédé le plus employé, puis la submersion.

La tendance au suicide s'accompagne de mélancolie intermittente. Les malades sont en effet sujets à des paroxysmes dans lesquels il leur arrive assez souvent de venir eux-mêmes demander asile dans une maison de santé pour se garantir contre eux-mêmes.

Ces tendances au suicide se transforment quelquefois en d'autres formes d'impulsions conscientes, qui sont préférables, en ce sens que la vie du malade n'est pas en jeu.

On voit quelquefois des idées de suicide se développer chez des enfants assez jeunes et cela pour la moindre contrariété; souvent même, à la suite ou

dans la crainte d'une punition, il arrive qu'ils se suicident. Ces idées, à un âge aussi précoce, sont de très mauvais augure pour la vie mentale future du sujet.

Pratique. — Il faut faire surveiller le malade de très près dans tous ses paroxysmes, dès qu'on le voit sombre, et qu'il recherche l'isolement. Le plus souvent, malheureusement, on ne se méfie que trop tard, ou bien, si l'idée est très fixe, toute surveillance échoue.

10° **Homicide.** — L'impulsion homicide, tout en étant beaucoup moins fréquente que l'impulsion suicide, existe cependant plus souvent qu'on ne croit. Mais les malades l'avouent moins facilement que l'autre, honteux qu'ils sont d'une semblable pensée et craignant l'opinion qu'on aura d'eux, la défiance qu'ils inspireront.

Souvent l'impulsion se produit à l'égard de ceux que le malade aime le plus, mari, femme, enfant. Ou bien au contraire c'est une impulsion à tuer simplement, qui survient brusquement ou non, sous forme de paroxysme. Aussitôt après l'acte accompli il y a un sentiment de satisfaction, de détente, et le sujet va souvent se constituer prisonnier. L'obsession disparaît alors pour quelque temps. Il est bon de remarquer que l'impulsion homicide se réalise beaucoup moins souvent que celle du suicide et qu'il n'existe peut-être pas de cas où elle ait abouti deux fois chez le même malade, probablement en raison du fort contrepoids que les tendances et les habitudes morales du sujet lui opposent.

Elle survient par paroxysmes sous l'influence de causes telles que la puberté, les règles, etc., ou d'une façon en quelque sorte spontanée.

Comme pour le suicide, l'imitation joue un grand rôle.

Ce qui distingue l'homicide impulsif c'est l'absence complète de motif. Cela n'est cependant pas toujours vrai, et le motif peut être très futile. Mais sur le terrain dégénératif où elle a été jetée germe l'idée homicide sous forme d'idée fixe, d'obsession, d'impulsion. C'est ainsi qu'un certain nombre de criminels obéissent à une véritable impulsion pathologique. On comprend dès lors la difficulté de la tâche du médecin légiste pour faire la part de la responsabilité. Il est donc nécessaire de rechercher avec le plus grand soin toutes les tares héréditaires et personnelles, indiquant une dégénérescence accusée.

Pratique. — Lorsque l'impulsion homicide est assez intense et continue, l'internement du sujet s'impose dans l'intérêt de la sécurité publique. Mais une grave question se pose, à savoir combien doit durer cet internement. Il est délicat de se prononcer quand l'impulsion n'a pas reçu de commencement d'exécution. Mais quand elle s'est réalisée, le plus sage est de maintenir le malade pour ainsi dire à vie. Il est rare du reste que les médecins ordinainaires aient à se prononcer dans ces cas, dont la solution appartient soit au médecin traitant de l'asile, soit aux médecins légistes. Mais où le médecin ordinaire peut intervenir, c'est auprès de la famille en

lui faisant comprendre le danger qu'il y a à retirer leur malade, pour la guérison duquel on n'a d'autre preuve que ses affirmations, naturellement fort intéressées, et dont souvent, à peine sorti, il démontre le peu de fondement en réalisant son impulsion habilement dissimulée, ce qui est d'ailleurs facile puisqu'elle ne s'accompagne d'aucun délire, ni d'aucune réaction bizarre.

11° **Dipsomanie.** — L'impulsion paroxystique à boire, — et à boire des liqueurs alcooliques, il faut le remarquer, — doit être dès l'abord distinguée de l'alcoolisme héréditaire et de la tendance à boire des paralytiques généraux à la première période.

On voit souvent des alcooliques, nés de parents alcooliques, qui montrent dès un âge assez jeune des tendances à boire, en quelque sorte irrésistibles, et qui tombent dans l'ivrognerie quoique aucune cause ne les y incite. Ce n'est pas sous forme paroxystique, obsédante, que se montre cette tendance, mais sous forme de besoin permanent, de satisfaction à rechercher en toute occasion. Ce sont des cas d'alcoolisme absolument incurables. La passion pour l'alcool s'allie ici avec de l'incapacité de travail, de sorte que les individus qui en sont atteints sont des êtres perdus pour la société et qui font le désespoir de leur famille, car tous les vices ne tardent pas à se développer chez eux.

Au point de vue pratique, on ne sait quoi faire de ces individus, qui sont incapables de se suffire à eux-mêmes, ne peuvent rester dans leur famille, et ne sont pas redevables des asiles d'aliénés. Heureux si

l'alcoolisme délirant les prend. Car alors on peut et on doit les interner. Malheureusement, sitôt les accidents passés, c'est à recommencer au bout de quelque temps, jusqu'à ce qu'ils tombent dans la démence.

Dans la première période de la paralysie générale, dans l'excitation maniaque de la folie circulaire, on voit aussi des impulsions à boire se manifester, et fréquemment un accès d'alcoolisme subaigu vient masquer l'état sous-jacent qui n'apparaît que plus tard. Lorsque l'on constate quelques signes de paralysie générale chez un alcoolique de fraîche date, d'un certain âge, qui s'est mis à boire sans motif, on doit se méfier de la paralysie générale et ne se prononcer qu'après que le temps nécessaire pour faire tomber l'excitation alcoolique est passé, un mois, six semaines.

La dipsomanie vraie peut se montrer d'une façon presque indépendante et constituer en quelque sorte une maladie autonome. Si les ivrognes ne s'enivrent que quand ils en trouvent l'occasion, les dipsomanes le font chaque fois que leur accès les prend.

Ces accès sont essentiellement paroxystiques et intermittents. Le malade sent très bien quand ils vont apparaître et peut en prévenir son entourage. Il est triste, abattu, incapable de se livrer à une occupation suivie. Son caractère change, il devient irritable ; il perd l'appétit, sent des brûlures à l'estomac. Puis la soif violente, irrésistible pour quelque boisson excitante, se développe et alors l'accès est déclaré.

Ses conséquences peuvent être désastreuses, non

seulement au point de vue physique, par suite des troubles déterminés par l'alcool, mais encore et surtout peut-être à cause des inconvénients moraux et sociaux qui en résultent. Pour satisfaire leur passion, rien n'arrête les dipsomanes. Ils en arrivent, comme les morphinomanes, à voler, à commettre des abus de confiance, à se prostituer, à vendre tout ce qu'ils possèdent, pour se procurer de l'alcool.

Ils déplorent cette impulsion, cherchent eux-mêmes les moyens de ne pas y céder ; ou bien, honteux, ils se cachent, s'éloignent pendant la durée de leur accès (Voy. *Fugues*).

Les accès se renouvellent en général tous les huit ou quinze jours, quelquefois moins, quelquefois beaucoup plus et durent alors plus longtemps. Il n'y a du reste pas de périodicité nettement établie. Ils peuvent se suspendre pendant des années pour reparaître un jour brusquement. Mais le plus souvent ils se rapprochent, s'allongent, et la dipsomanie devient véritablement chronique.

Il est à remarquer que les femmes y sont plus sujettes que les hommes, et dans ce cas ne reculent devant aucune déchéance pour satisfaire leur passion. Leurs accès éclatent souvent à l'occasion des règles. Les héréditaires d'alcooliques y semblent aussi plus sujets que d'autres.

Associées à cette impulsion, on en trouve en général d'autres plus ou moins fortes, telles qu'impulsions au suicide, à l'homicide, perversions sexuelles, etc.

Le *pronostic* est presque fatal. L'alcoolisme se

développe, la dipsomanie devient chronique, l'abrutissement, la déchéance physique, intellectuelle et surtout morale surviennent; un état demi-délirant se déclare parfois, et le dénouement se fait par la démence ou le suicide, en passant par la prison ou par l'asile.

Pratique. — Ce sont des malades à maintenir dans des asiles, tout au moins pendant la durée des accès, ou à soumettre à une étroite surveillance qui les empêche de céder à leur impulsion. Mais l'état pénible que cette contrainte leur détermine les pousse rapidement à chercher par tous les moyens à s'y soustraire. Aussi fuient-ils souvent leur domicile quand ils sentent que leur accès va les prendre (Voy. *Fugues*). Dans ce cas, ou si les accès sont très longs et très rapprochés, l'internement devient nécessaire et doit être prolongé.

12° **Kleptomanie.** — L'impulsion à voler, quand elle se montre à l'état isolé se nomme kleptomanie. Nous verrons, à propos des vols à l'étalage (p. 392), certains cas où les malades volent inconsciemment ou impulsivement, et la valeur séméiologique de ces vols.

Ici c'est une forme spéciale d'impulsion analogue aux autres que nous venons d'examiner, forme survenant le plus souvent chez des dégénérés ou des héréditaires à lourdes tares.

C'est ainsi que la kleptomanie se montre très fréquemment chez les idiots, les imbéciles et les débiles. Mais elle se rencontre aussi chez des gens d'une intelligence bien développée, des femmes le plus

souvent. Ces dernières y sont du reste, comme pour la dipsomanie, plus sujettes que les hommes.

Le caractère spécial des vols des kleptomanes, c'est d'être sans mobile. Ils s'approprient tout ce qui leur tombe sous la main, alors même que l'objet dérobé leur est absolument inutile. Ils entassent ainsi chez eux de grandes quantités d'objets très disparates et de valeur très inégale. Quelquefois la difficulté qu'il y a à dérober un objet aiguise leur tentation et ils emploient alors des procédés plus ou moins ingénieux pour y arriver, ce qui fait croire chez eux à la préméditation et éloigne quelquefois l'idée d'une impulsion pathologique. L'inutilité du vol et même des objets volés est dans ce cas le caractère le plus pathognomonique. Mais il ne peut guère apparaître nettement que dans le cas où le kleptomane appartient à une classe riche ou aisée.

La kleptomanie survient par accès intermittents comme la dipsomanie. Certains états, comme la grossesse, les règles, y prédisposent particulièrement.

Pratique. — Certains kleptomanes doivent être surveillés de façon à éviter des condamnations ou tout au moins des plaintes et des poursuites comme voleurs vulgaires. Les mêmes remarques concernant l'internement sont à faire ici que pour la dipsomanie.

13° **Pyromanie.** — Une impulsion consciente des plus dangereuses, c'est la pyromanie, ou impulsion à mettre le feu. Ici encore on a ordinairement affaire à des individus assez profondément dégénérés, qui agissent sans motif, pour le plaisir de voir flamber,

ou en vertu d'un mobile futile et tout à fait disproportionné avec les conséquences de leur acte.

C'est le plus souvent à la campagne qu'on l'observe, probablement à cause de la facilité plus grande qu'il y a à mettre l'impulsion à exécution.

Chaque fois qu'à la campagne on voit se répéter des incendies à des intervalles assez rapprochés, éclatant de préférence le dimanche ou un jour de fête, le soir, dans des lieux voisins l'un de l'autre, sans cause apparente (imprudence, vengeance, vol, etc.), on doit se méfier de quelque pyromane. Généralement il se dénonce lui-même par sa conduite, car il est souvent le premier sur les lieux, à prévenir les autorités, à organiser les secours, ce qui résulte du sentiment de satisfaction qu'il éprouve dès que « ça flambe », alors qu'il n'a pas l'intention spéciale de nuire.

Pratique. — Les mêmes précautions sont à prendre dans les cas précédents, plus encore peut-être, car l'impulsion peut se réaliser un très grand nombre de fois et peut avoir les conséquences les plus désastreuses.

Pronostic général et indications.

Pronostic général. — Toutes ces impulsions ont le même pronostic : l'incurabilité. Certaines d'entre elles, comme le suicide, l'homicide, peut-être aussi la pyromanie, peuvent ne se montrer qu'à des intervalles assez rares et se voir suppléer par d'autres moins dangereuses. Mais la dipsomanie, la klepto-

manie, ont au contraire une tendance à passer à l'état chronique par suite de la répétition et de l'augmentation de longueur des accès. D'où la nécessité d'intervenir.

Pratique générale. — La plupart de ces impulsions donnent lieu à un moment donné, si le malade n'a pas été traité déjà comme aliéné, à des expertises médico-légales, souvent très délicates et très difficiles à bien conduire. Mieux vaut pour les praticiens ordinaires ne pas s'en charger à eux seuls. L'essentiel pour eux est de connaître ces cas et leurs principaux caractères, de savoir qu'ils doivent rechercher les antécédents personnels et héréditaires du sujet, les signes de dégénérescence physique, intellectuelle ou morale qu'il présente, de façon à appeler à son aide, dans les cas où cet examen éveille en lui le doute, quelque médecin expert ou spécialiste.

Souvent aussi, pour savoir s'il y a lieu à internement, il doit agir de même pour s'éviter des ennuis causés soit par le malade à sa sortie de l'asile, soit par sa famille, ou pour empêcher que l'individu, s'il n'est qu'un vulgaire malfaiteur, ne bénéficie en justice d'un certificat médical constatant son aliénation mentale ou d'un internement ancien inopportun laissant planer des doutes sur l'intégrité de ses facultés.

D. Impulsion acquise.

14° **Morphinomanie.** — L'usage de la morphine détermine au bout d'un certain temps, surtout

chez les prédisposés, un état de besoin qui se traduit par de l'angoisse et une impulsion véritable à se faire une piqûre, suivie immédiatement de soulagement. Cette passion devient à la longue véritablement obsédante, empêche le malade de se livrer à une occupation suivie, amène de la perte de la mémoire, un affaiblissement physique, une diminution du sens moral, telle quelquefois que, pour se procurer de la morphine, les morphinomanes ne reculent devant rien, comme les dipsomanes pour se procurer de l'alcool.

Mais à part la déchéance physique et morale, il ne se développe ni hallucination ni délire. De sorte que, même lorsque les morphinomanes en sont arrivés au point de ne plus pouvoir se livrer à aucune occupation, il est impossible, s'ils s'y refusent, de songer à les traiter en leur supprimant leur poison habituel.

Ils font promesse sur promesse, essai sur essai pour s'en déshabituer progressivement sans y parvenir, trompent toute surveillance, ont des améliorations passagères et des rechutes de plus en plus sérieuses, sans arriver, on peut dire jamais, à se guérir.

Le seul traitement efficace et rapide est le traitement par la suppression rapide, suivant la méthode allemande. Cette méthode, qui inspire des craintes tout à fait injustes en France, donne cependant les meilleurs résultats lorsqu'elle est appliquée dans les conditions suivantes : Le malade doit être placé dans une maison de santé, sous la direction immé-

diate d'un médecin qui *seul* le surveille avec un personnel très sûr. La famille doit être absolument tenue à l'écart tant que les accidents de la suppression persistent (bâillements, diarrhée, vomissements, secousses nerveuses, insomnie). Le médecin doit être *toujours prêt*, pendant au moins cinq jours, à intervenir immédiatement en cas de syncope prolongée ou de tendance au coma, accidents d'ailleurs beaucoup plus rares qu'on ne le dit, surtout le coma, et dont on vient le plus souvent à bout par les procédés ordinaires, sans recourir à la morphine, qu'on ne doit employer qu'à la dernière extrémité.

Le malade au lieu d'être placé dans une maison d'aliénés, — ce qui n'est pas facile, étant donné l'absence de troubles délirants dans la morphinomanie, — peut s'interner lui-même dans un établissement hydrothérapique. La suppression brusque a l'avantage de ne pas lui laisser le temps de changer d'idée, de vouloir essayer un nouveau traitement progressif. Il n'y a pas beaucoup plus de souffrance qu'avec la suppression lente ; il y en a même moins d'une façon générale, si on considère l'état pénible prolongé que cette dernière détermine en comparaison des douleurs vives, mais assez courtes, déterminées par la suppression brusque. De l'avis même de tous les malades guéris par ce procédé, après avoir essayé de la suppression lente, la suppression brusque est bien préférable. La guérison avec cette méthode s'obtient beaucoup plus rapidement, en un ou deux mois au maximum, et paraît complète. La convalescence est beaucoup moins

longue aussi. Elle a l'avantage, par conséquent, de ne pas enrayer longtemps les affaires du malade qui peut ainsi facilement cacher sa cure et par conséquent sa funeste habitude. C'est du moins ce traitement qui m'a toujours donné, depuis que je l'applique moi-même, les meilleurs résultats à tous points de vue, résultats d'ailleurs conformes à ce qui est observé en Allemagne, en Suisse, en Autriche, en Amérique, où il est presque exclusivement employé. Il n'offre de dangers que s'il est confié à des mains inexpérimentées ou si le malade n'est pas sous la surveillance continuelle d'un médecin pendant les quelques jours où les accidents les plus sérieux peuvent se montrer.

Ce n'est pas le lieu du reste d'insister ici sur le détail de ce traitement qui ne peut guère être appliqué en ville et qui doit, pour toutes sortes de raisons, médicales et morales, être institué dans un établissement spécial.

Le rôle du médecin ordinaire des morphinomanes est dans ce cas de le convaincre de la nécessité de se guérir d'abord, et des avantages qu'il a à le faire de la façon la plus rapide possible, sans toutefois le prévenir de la suppression brusque dont la perspective, bien à tort cependant, l'effrayerait au point de lui enlever toutes ses bonnes résolutions. Il devra donc s'attacher à l'encourager et calmer ses appréhensions. C'est le rôle du médecin traitant de lui faire accepter ensuite le traitement nécessaire, chose en général facile, en raison de l'affaiblissement de la volonté des morphinomanes.

FUGUES

Un certain nombre de malades sont sujets à faire des fugues hors de leur domicile. Ces fugues ont une certaine valeur diagnostique et sont en même temps une indication thérapeutique. On les rencontre principalement dans les cas suivants :

1° *Épilepsie* (*Automatisme ambulatoire*) ;
2° *Paralysie générale ;*
3° *Dégénérescence mentale* (*Enfants*) ;
4° *Persécutés migrateurs ;*
5° *Mélancolie ;*
6° *Dipsomanie ;*
7° *États seconds hystériques.*

1° **Épilepsie.** — Les épileptiques, larvés ou non, sont assez fréquemment sujets à ce qu'on nomme des accès d'automatisme ambulatoire, qui ne sont en réalité que l'exagération, la prolongation de l'automatisme qu'on observe chez eux sous différentes formes. Ce sont des équivalents d'accès convulsifs. Au milieu de leurs occupations, ils abandonnent tout à coup ce qu'ils font, laissent leur maison, partent à l'aventure, marchent devant

eux automatiquement, et arrivés à un endroit quelconque, quelquefois très éloigné de leur point de départ, ils sortent brusquement de leur accès, fort surpris de se trouver où ils sont.

L'accès prend quelquefois des proportions considérables, et dure, non pas une ou plusieurs heures mais un ou plusieurs jours. Dans ces cas on conçoit que les actes automatiques sont singulièrement plus compliqués, puisque l'on a vu certains de ces malades prendre le chemin de fer, aller à l'hôtel et au restaurant, combiner tous les actes de la vie ordinaire sans être remarqués. Tout au plus attirent-ils quelquefois l'attention par leur pâleur, la fixité de leur regard, leur air vague. Mais cependant ils sont capables de répondre convenablement aux questions qu'on leur adresse, de demander eux-mêmes ce qu'ils veulent. Cependant ils sont totalement inconscients et amnésiques de ce qu'il leur est arrivé, lorsqu'ils sortent de cet état singulier.

Cela peut souvent avoir des conséquences assez sérieuses pour les malades. On peut les croire en fuite pour voler; ils peuvent laisser en souffrance des affaires sérieuses, se faire voler sans être capables de donner aucun renseignement, laisser leur maison ouverte à tout venant, commettre des actes répréhensibles dont ils sont irresponsables, être arrêtés comme voleurs, vagabonds, etc.

Le *diagnostic* n'est guère à faire qu'avec certains états seconds hystériques, et surtout avec la *simulation*. Mais l'absence de motifs à la fugue, l'étonnement, l'hébétement des malades au réveil, les autres

manifestations épileptiques qu'il peuvent présenter, sont des éléments ordinairement suffisants de diagnostic. En outre les sujets qui sont atteints de cet accident sont ordinairement les premiers à s'en plaindre, à demander ce qui leur est arrivé et à réclamer des soins pour s'en débarrasser.

Le *traitement* est celui de l'épilepsie. En outre, une bonne précaution à prendre pour ces malades, c'est d'avoir toujours sur eux une ordonnance médicale indiquant leur état et ce qu'il y a à faire quand ils sont pris de leur accès, et qui leur sert de plaque d'identité en cas d'arrestation. Lorsque les accès sont trop fréquents il devient indispensable d'exercer sur eux une surveillance continue et particulière, et au besoin de les interner, comme mesure de préservation.

2° **Paralysie générale.** — Les paralytiques généraux à la première période font fréquemment des fugues sous diverses influences. Tantôt c'est un besoin de vagabonder qui résulte de leur exagération de la motricité. Ils vont à l'aventure et reviennent chez eux après maints détours sans pouvoir dire exactement où ils sont allés et surtout pourquoi ils y sont allés.

Ou bien ils partent pour réaliser un projet absurde, achats à faire, inventions à exploiter, etc.; et à leur retour donnent des explications enfantines, contradictoires, marquées au coin de la démence.

D'autres fois ce n'est plus volontairement qu'ils restent hors de chez eux, c'est par défaut de mémoire. Rien n'est plus commun que de voir des pa-

ralytiques généraux oublier le nom de leur rue, leur numéro, et errer à l'aventure sans pouvoir arriver à retrouver leur chemin, jusqu'à ce que leur attitude bizarre, leur état d'ivresse souvent, les fassent ramasser par la police, et interner d'office une fois leur état reconnu.

Pour éviter ces inconvénients, il est donc sage, dès qu'on constate chez un paralytique général des fugues semblables, même légères, mais qui dénotent un état mental déjà grave, de le faire interner immédiatement, ou tout au moins d'inviter la famille à exercer sur lui une étroite surveillance en la prévenant des conséquences que cela peut avoir et pour son malade et pour elle.

3° **Dégénérescence mentale.** — Les dégénérés, les enfants surtout, fuient souvent le domicile paternel. Tantôt c'est pour errer à l'aventure avec d'autres gamins qu'ils rejoignent sitôt que la porte est ouverte, sans se soucier des inquiétudes qu'ils causent ; tantôt, hantés par des lectures qui ont frappé leur imagination, c'est pour réaliser des projets de voyage ; tantôt enfin c'est par pur besoin de vagabonder en liberté. C'est un véritable instinct chez quelques-uns. Ils ne tiennent ni à leur famille, ni à leur bien-être, ni à rien, et ont une absence presque complète de sens moral.

Certains encore font des fugues volontaires pour inquiéter leurs parents et obtenir d'eux ce qu'ils veulent. On les voit alors combiner de toutes pièces et parfois très habilement de véritables petits romans pour dérouter les soupçons et les recherches.

Ces fugues indiquent une déséquilibration mentale assez sérieuse et sont de mauvais augure pour l'avenir de l'enfant. Il n'y a qu'une éducation très ferme, très moralisatrice, un traitement médico-pédagogique rationnel et prolongé qui puisse redresser, avec quelques chances de succès, de semblables manifestations dégénératives et empêcher celles qui pourraient se produire ultérieurement.

4° **Persécutés migrateurs.** — Pour dérouter leurs persécuteurs, les persécutés changent souvent de place, de maison, de ville même. Ce sont surtout les persecutés passifs qui sont ainsi migrateurs. Ils éprouvent tout d'abord du soulagement de leur changement de résidence. Mais ils ne tardent pas à être découverts par leurs persécuteurs, leurs hallucinations, un instant calmées, reprenant le dessus. Ils fuient alors sans prévenir personne, s'inscrivent sous de faux noms, et viennent même quelquefois demander protection à un asile d'aliénés.

Les conséquences de ces fugues pour la fortune du malade qui n'hésite pas à la dilapider pour suffire aux dépenses occasionnées par ses déplacements continuels, font à sa famille une nécessité de l'interner. On ne peut, en effet, avec de tels malades, songer à exercer une surveillance rigoureuse sur eux, surveillance qui ne ferait que les exaspérer et développerait plutôt leur délire, qu'elle n'en atténuerait les conséquences.

5° **Mélancolie.** — Il faut se défier des fugues chez les mélancoliques. Ils les font en vertu de leurs idées d'humilité ou de leurs idées de suicide. Tan-

tôt c'est parce qu'ils se croient indignes de rester dans leur maison, dans leur famille qu'ils déshonorent et qu'ils ruinent, qu'ils se sauvent pour gagner leur vie au dehors, en mendiant le long des routes; tantôt c'est pour fuir la surveillance et chercher un moyen facile d'attenter à leurs jours, ou, s'ils ne s'en sentent pas le courage, pour aller droit devant eux, pieds nus, jusqu'à ce qu'ils tombent épuisés et ne se relèvent plus.

Il arrive assez souvent que les premières fois l'idée de suicide qui les a poussés à fuir n'est pas assez intense pour les amener à la réaliser, et ils reviennent chez eux, plus sombres, plus découragés que jamais, et ne voulant pas dire où ils sont allés ni dans quel but ils sont partis.

L'isolement, qui est à la fois le *traitement* le plus rationnel et le moyen le plus facile de surveiller les mélancoliques à idées de suicide, s'impose ici d'urgence.

6° **Dipsomanie.** — Les dipsomanes (Voy. *Impulsions*) fuient souvent leur domicile quand ils sentent que leur accès les prend, pour pouvoir satisfaire librement leur tendance irrésistible à boire, s'ils savent qu'on veut les surveiller ou les interner, ou encore par une sorte de pudeur de ne pas se livrer à l'ivrognerie dans leur milieu habituel.

7° **Hystérie.** —Enfin dans l'hystérie on rencontre des états seconds qui sont beaucoup plus fréquents qu'on ne pense, mais à côté desquels on passe souvent sans y prendre garde. Dans certains de ces états seconds les malades sont pris tout à coup du

besoin de sortir, de marcher. Ils s'en vont à l'aventure ou accomplissent des actes déterminés plus ou moins compliqués, dont ils perdent le souvenir au réveil ou dont ils ne conservent qu'un souvenir vague comme d'un rêve.

Ces états seconds avec automatisme ambulatoire se produisent dans les mêmes circonstances et sous les mêmes influences que les autres accidents hystériques. Le *diagnostic* en est assez facile ordinairement, grâce aux stigmates hystériques presque constants dans ces formes graves, avec dédoublement aussi complet de la personnalité, et aux autres accidents hystériques que les malades ont en général présentés.

Pronostic général.

Les fugues, sous une apparence bénigne, sont en somme un symptôme sérieux.

Tantôt elles révèlent une affection incurable comme l'épilepsie, le délire de persécutions, la paralysie générale, la dipsomanie.

Tantôt elles font craindre pour l'avenir l'éclosion d'affections nerveuses sérieuses, comme dans le cas de débilité mentale.

Ou bien elles sont un indice de tendances au suicide comme dans la mélancolie, et par conséquent sont dangereuses.

Ou enfin elles dénotent, comme dans l'hystérie, un dédoublement de la personnalité qui ne va pas sans un état névropathique grave avec toutes ses conséquences.

VOLS A L'ÉTALAGE

Le vol à l'étalage constitue, comme les exhibitions, un véritable symptôme en aliénation mentale et doit toujours attirer l'attention. Il présente du reste des caractères un peu particuliers, permettant de le distinguer du vol ordinaire. On le rencontre chez les :

1° *Paralytiques généraux ;*
2° *Déments ;*
3° *Impulsifs dégénérés ;*
4° *Épileptiques ;*
5° *Excités circulaires ;*
6° *Imbéciles et idiots.*

1° **Paralytiques généraux.** — Le vol à l'étalage est si fréquent dans la paralysie générale qu'on doit de suite penser à cette affection. Les *conditions* dans lesquelles le vol est accompli sont déjà un signe : c'est sous les yeux des passants, du marchand, sans préméditation, ou avec des précautions enfantines et absurdes, que le malade l'accomplit.

La *nature* des objets volés constitue un autre caractère : ils sont sans valeur, inutiles au sujet, disparates, quelconques. L'attitude du sujet et ses expli-

cations le montrent inconscient, absurde, incohérent. Il ne nie pas, ne cherche pas à se disculper ou donne des excuses puériles ou bizarres, contradictoires, changeantes.

2° **Déments.** — Les déments agissent de la même façon, mais volent plus rarement. Ils prennent inconsciemment ce qu'ils trouvent à leur portée et ne se souviennent plus ensuite de ce qu'ils ont pris, ni pourquoi ni où ils l'ont pris. Ils ne cherchent aucune excuse, et s'étonnent seulement d'avoir dérobé quelque chose.

3° **Impulsifs dégénérés.** — Les dégénérés, les hystériques, volent fréquemment dans les magasins, surtout dans les grands magasins, où tout se trouve assez facilement à leur portée. Ils obéissent à un besoin irrésistible de prendre n'importe quoi. Mais ils ont conscience de leur impulsion, et prennent des précautions comme des voleurs ordinaires pour ne pas être pris. Aussi ont-ils une grande apparence de responsabilité (Voy. *Impulsions*, *Kleptomanie*).

Ce sont surtout des femmes qui se livrent à ce genre de vols, et cela en particulier au moment des règles. Outre l'état mental antérieur, les stigmates de dégénérescence, les manifestations hystériques qu'elles peuvent présenter, la nature des objets volés, ordinairement sans grande valeur, disparates, en nombre exagéré, inutiles pour le sujet, sont autant de caractères qui démontrent qu'on a affaire à un phénomène morbide.

4° **Épileptiques.** — Le vol à l'étalage survient chez eux au même titre que toute autre impulsion.

On doit seulemeut penser à cette origine lorsque le vol s'est produit d'une façon inopinée, sans aucun motif, et qu'il a été accompli par un individu dont rien dans le caractère antérieur ne pouvait faire prévoir un acte semblable, dont il n'avait, d'ailleurs, le plus souvent aucun profit à tirer.

5° **Excités circulaires.** — Les aliénés circulaires, dans leur phase d'excitation, ressemblent beaucoup aux paralytiques généraux et font des vols dans les mêmes circonstances, mais avec plus de préméditation et de précautions, d'où une responsabilité apparemment plus grande.

L'évolution de la maladie, les accès antérieurs, l'état d'exaltation du malade suffisent amplement à révéler le caractère pathologique du vol.

6° **Imbéciles et idiots.** — Ils volent, ou plutôt prennent ce qui se trouve à leur portée, car ils n'ont pas la moindre notion de la propriété ni de la valeur des choses. Aussi prennent-ils de préférence des objets de clinquant ou de gros volume.

Pronostic général.

Nous ferons, à propos des vols à l'étalage, les mêmes remarques que pour les exhibitions. Ils se rencontrent d'ailleurs chez les mêmes malades, et leurs conséquences sociales sont les mêmes.

ALIÉNÉS HOMICIDES

L'homicide peut se rencontrer dans des cas très différents. Il peut être inconscient, ou irrésistible et conscient, ou volontaire.

Inconscient.	1° Épilepsie. 2° Ivresse. 3° Alcoolisme subaigu. 4° Excitation maniaque.
Irrésistible et conscient.	5° Monomanie homicide. 6° Mélancolie. 7° Persécutés hallucinés.
Volontaire.	7° Persécutés hallucinés. 8° Persécuteurs. 9° Débiles. 10° Idiots et imbéciles.

1° **Épilepsie.** — L'impulsion homicide survient chez l'épileptique au même titre que toute autre impulsion. Elle se produit sans raison, d'une façon absolument instantanée, et s'exerce sur des individus inoffensifs quelconques, à portée du malade. C'est ordinairement avec une arme contondante ou tranchante, un stylet, un couteau, que l'épileptique se jette sur sa victime, ou avec l'objet ou l'instrument qu'il tient à la main. Après l'acte il continue

automatiquement à marcher ou à agir ou s'acharne sur sa victime.

L'instantanéité, l'absence de tout motif de l'acte, l'oubli consécutif, les antécédents du sujet, son caractère antérieur, qui ne permettent de le regarder ni comme un aliéné, ni comme un assassin, doivent faire songer à l'épilepsie, larvée ou non.

Quelquefois le malade est prévenu de son impulsion par une crise qui lui permet de crier « gare ! »

2° **Ivresse.** — Sous l'influence de l'excitation de l'ivresse, dans des accès de colère provoqués par des discussions le plus souvent, l'ivrogne peut se jeter sur son contradicteur et le blesser ou le tuer. Il n'y a pas d'impulsion à proprement parler, mais la conscience est assez vague et si la vue de ce qu'il vient de faire ne dégrise pas l'ivrogne, et qu'il dorme à la suite, il n'en conserve pas de souvenir ou un souvenir atténué comme d'un rêve.

3° **Alcoolisme subaigu.** — Ici c'est sous l'influence des hallucinations terrifiantes que l'alcoolique se jette sur les personnes voisines. Il se croit poursuivi, menacé, on va l'atteindre. Il se retourne et le premier passant qui se trouve à sa portée est pris par lui pour son ennemi, qu'il frappe.

L'existence du délire, des hallucinations spéciales, l'absence de motifs — vengeance ou querelle — sont, avec les commémoratifs, des éléments amplement suffisants de diagnostic.

En dehors de l'impulsion homicide produite par des hallucinations terrifiantes, les alcooliques délirants persécutés se livrent le plus souvent à l'assas-

sinat de leur femme. On sait qu'ils sont d'une extrême jalousie, jalousie entretenue et provoquée souvent par des hallucinations de l'ouïe. Irrités par les moqueries dont ils se croient l'objet, convaincus de la réalité des accusations portées contre leur femme dans leurs hallucinations, ils la tuent pour se venger de leur infidélité. En présence d'une femme assassinée le soir ou la nuit — époque où les hallucinations se rencontrent avec le plus d'intensité — par son mari qui s'est tué ensuite, ou a tenté de le faire, on peut presque à coup sûr affirmer qu'il s'agit d'un crime commis par un alcoolique halluciné persécuté. Quand le suicide a eu lieu, cela n'a pas grande importance au fond, de formuler ce diagnostic. Cela en a une considérable au contraire lorsque le suicide n'a pas abouti et que l'individu est poursuivi pour crime. Dans ce cas il faut examiner le plus rapidement possible l'accusé, car le délire s'effaçant vite, il n'en resterait plus trace au moment du jugement. Les circonstances très typiques dans lesquelles se produit l'homicide dans ces cas doivent à elles seules attirer déjà suffisamment l'attention pour déterminer l'enquête médico-légale.

4° **Excitation maniaque**. — Dans l'excitation maniaque symptomatique de l'alcoolisme aigu, de la paralysie générale, de la folie circulaire, de la syphilis cérébrale, les malades, en proie à de la folie furieuse, se précipitent parfois sur tous ceux qui les approchent, et les frappent, les piétinent, les étranglent.

Aussi doit-il être de règle avec des aliénés dange-

reux, conscients ou non, de ne jamais les aborder quand ils sont excités, qu'en nombre suffisant pour pouvoir les maintenir sans lutte.

5° **Monomanie homicide.** — L'impulsion homicide peut se rencontrer d'une façon presque isolée ou assez prédominante chez certains dégénérés pour mériter le nom de monomanie homicide que lui donnait Esquirol. Dans ce cas elle se rencontre d'abord à l'état de simple tentation à laquelle le malade résiste. Le sujet s'en épouvante cependant, l'avoue quelquefois et vient demander protection contre lui-même, pour qu'on l'empêche de céder à son impulsion quand il la sent l'envahir. Car elle ne survient pas brusquement avec toute son intensité, mais augmente progressivement et plus ou moins rapidement, jusqu'à ce qu'elle occupe tout le champ de la conscience.

Si par malheur il y succombe, il est le premier à l'avouer, en a du remords, mais ne peut cacher l'angoisse que lui a causée la lutte avec lui-même, et le sentiment de soulagement qu'il a éprouvé une fois l'acte accompli.

En général cette impulsion ne se réalise qu'une fois dans la vie du malade. Il est des sujets qui en sont obsédés pendant de longues années sans jamais y succomber, et chez lesquels s'observent d'autres troubles du même ordre.

6° **Mélancolie.** — Quoique rare, l'homicide peut cependant se rencontrer dans les mélancolies. Les malades s'y livrent soit sous l'influence d'hallucinations de l'ouïe qui leur commandent de sacrifier

quelqu'un pour sauver l'humanité ou la société (mélancolie religieuse); soit en vertu d'une idée délirante, pour passer de suite en jugement et en finir ainsi plus vite avec les supplices qui leur sont réservés et qu'on leur fait si longtemps attendre (mélancolie anxieuse); soit enfin pour épargner à leurs enfants la triste existence qui leur est réservée sur terre, et leur faire immédiatement gagner le ciel (mélancolie puerpérale). C'est ce dernier cas qui se montre le plus souvent, d'où la nécessité d'éloigner le plus vite possible les enfants d'une femme atteinte de mélancolie, surtout puerpérale.

7° **Persécutés.** — Les persécutés peuvent agir volontairement, avec préméditation, ou agir sous l'influence d'hallucinations.

Révoltés des injustices dont ils sont victimes, des persécutions auxquelles ils sont en butte, ils s'en prennent à un de ceux par qui ils se croient lésés et le frappent pour se faire justice à eux-mêmes, dès que leurs hallucinations le leur ont désigné comme l'auteur responsable de leurs souffrances. Dans ce cas, ils préméditent leur acte comme un véritable assassin pourrait le faire, avec une parfaite lucidité de raisonnement.

Lorsque leurs hallucinations ne leur ont pas désigné nettement un persécuteur, qu'ils ne sont pas sans cesse poursuivis par une hallucination obsédante leur disant : « Tue-le ! supprime-le ! » etc., etc., ils peuvent néanmoins commettre encore des homicides, au hasard en quelque sorte. Si, par exemple, ils soupçonnent leurs voisins,

comme c'est le cas le plus fréquent, de les persécuter, ils les guetteront le soir, et si malheureusement, au moment où l'un d'eux rentrera, une hallucination injurieuse se produit, ils le frapperont ou tireront dessus.

Les explications délirantes qu'ils donnent de leur acte, l'absence de repentir, la persistance des hallucinations et des persécutions, qui, un peu calmées après le crime, reparaissent bientôt, font facilement reconnaître le caractère pathologique de leur acte.

8° **Persécuteurs.** — Les persécutés persécuteurs non hallucinés se livrent plus fréquemment encore que les précédents à des tentatives homicides, mais le plus souvent sans intention de donner la mort. Ils veulent seulement attirer l'attention sur eux par un scandale quelconque, qui, les amenant devant les tribunaux ou les mettant en évidence, leur permettra d'exposer leurs réclamations, repoussées jusqu'alors. Aussi dirigent-ils leurs attaques contre des personnages connus ou occupant les plus hautes situations politiques. La plupart des attentats de ce genre ont été dirigés contre des ministres ou des hommes occupant de hautes fonctions. Le pistolet ou le revolver — souvent chargés à blanc — sont les armes dont ils se servent de préférence à cause du bruit qu'elles produisent et ils choisissent un endroit où il y ait foule pour se livrer à leur attentat.

9° **Débiles.** — Ces dégénérés, sous l'influence de la colère, pour satisfaire des penchants érotiques, ou en proie à une légère excitation, peuvent tuer

comme des monomanes impulsifs, mais sans la lutte angoissante de ces derniers contre leur impulsion. La vue du sang les grise et ils s'acharnent fréquemment sur leur victime. Ils prennent souvent des précautions extrêmes pour dissimuler leur acte, et leur habileté, l'absence de motifs, leur faiblesse intellectuelle même, empêchent l'attention de se porter sur eux.

Souvent aussi ce sont des vengeances qu'ils exercent contre des gens qu'ils supposent les avoir lésés et à qui ils demandent réparation sans l'obtenir, naturellement. Furieux, ne proportionnant pas leur vengeance au dommage imaginaire dont ils se croient victimes, ils n'hésitent pas à tuer pour un motif futile.

Chez les enfants et quelquefois chez les hystériques délirants, le besoin de faire du mal, de voir du sang, de tuer, se rencontre, et malheureusement ces sujets y succombent encore assez souvent.

10° **Idiots et imbéciles.** — Les idiots tuent quelquefois par imitation, quand ils ont vu tuer un animal, par exemple. L'homicide est assez rare du reste chez eux. Il est plus commun chez l'imbécile, dont les instincts sont mauvais le plus souvent. C'est ordinairement le viol qui les pousse à tuer. Après le viol, ils ne trouvent rien de mieux, pour en ôter la trace, que de supprimer leur victime, dont souvent ils arrachent les organes génitaux, qu'ils dépècent et coupent en morceaux. Les imbéciles à penchants érotiques sont des malades extrêmement dangereux.

Difficultés du diagnostic au point de vue médico-légal.

Lorsqu'il existe un délire, hallucinatoire ou non, le diagnostic n'est pas embarrassant.

S'il n'y a pas d'hallucinations ni de délire à proprement parler, et qu'il y ait seulement impulsion, le diagnostic est beaucoup plus délicat, car la simulation est possible. Toutefois comme il est exceptionnel que l'épilepsie, si c'est de l'épilepsie larvée, n'ait pas eu encore ou n'ait pas dans la suite, quelque autre manifestation plus caractéristique, ou que la dégénérescence mentale, si c'est de l'impulsion homicide pure, ne se traduise pas par d'autres impulsions ou phobies ou manies quelconques, l'observation attentive du sujet et un interrogatoire habilement dirigé le mettront presque forcément, à un moment donné, en contradiction avec lui-même ou avec ce qu'on sait de la façon dont se traduisent ces deux états. Toutefois, il ne faut pas se dissimuler toute la difficulté du diagnostic dans certains cas.

Ce sont des expertises délicates, qui doivent autant que possible être laissées aux spécialistes experts près les tribunaux. Quand on est obligé de faire un rapport sur un cas d'homicide soupçonné d'être pathologique, il est nécessaire de procéder à des examens répétés et minutieux, de s'entourer de tous les renseignements possibles sur les antécédents héréditaires et personnels du malade, tant dans le domaine de la pathologie nerveuse que sous le rapport

du moral, du caractère, des tendances naturelles.

Car il n'y a pas que la simulation qui soit à écarter. La question de savoir si l'accusé est un vicieux ou un malade se pose toujours, et la difficulté est loin d'être toujours possible à vaincre de savoir si les perversions des instincts, l'état moral mauvais que l'on constate sont ou non pathologiques, et quelle est la part de responsabilité qu'on doive reconnaître au sujet.

Nous touchons ici au terrain philosophique. Il est impossible de donner des règles, même approximatives, pour juger les faits qui peuvent se présenter et qui ne sont pas susceptibles d'une classification, et encore moins d'un critérium d'appréciation quelconque univoque.

Indications pratiques.

Il n'y a pas de traitement à proprement parler des tendances homicides, quelle qu'en soit l'origine. Tout dépend de l'affection sur laquelle elles se développent.

Tout malade qui a des impulsions homicides, conscientes ou non, doit être maintenu dans un établissement spécial. Lorsque ces impulsions sont dues à une affection curable, comme chez les alcooliques, les mélancoliques, certains excités maniaques, et qu'elles disparaissent avec la maladie qui leur a donné naissance, l'internement n'a aucune raison de persister, après guérison de la maladie causale. Les impulsions homicides, au

contraire, dues à des états incurables comme l'épilepsie, le délire de persécutions avec ou sans hallucinations, la dégénérescence mentale, nécessitent un internement prolongé, et quelquefois à vie, de ceux qui les présentent, malgré les longs intervalles qui peuvent séparer chaque accès. Si la liberté individuelle est à protéger, il ne faut pas oublier, comme on le fait quelquefois trop aujourd'hui, que la société a, elle aussi, le droit de protéger l'existence de ses membres, et cela d'autant plus que la responsabilité civile des aliénés n'existe pas chez nous.

Quant aux aliénés violents, comme les alcooliques aigus ou subaigus, certains excités maniaques, et qui sont dangereux pour eux-mêmes et pour leur entourage, il est indispensable de les interner immédiatement dans un établissement spécial, où, à défaut du calme qu'ils ont cependant plus de chances de recouvrer là qu'en restant chez eux, ils seront traités d'une façon plus rationnelle, et l'on pourrait même dire plus humaine que dans beaucoup de familles qui, pour maintenir leurs malades, les ligottent comme jamais on ne songerait à le faire dans aucun asile.

Quand il s'agit de transporter un malade agité, violent, dangereux, de son domicile à l'asile, il est nécessaire de ne l'aborder qu'avec des infirmiers expérimentés et en nombre suffisant, pour lui en imposer s'il est en état de comprendre que la résistance est inutile, et surtout pour pouvoir le maintenir assez facilement, sans être obligé de lutter

corps à corps avec lui. On expose le malade et on s'expose soi-même à des traumatismes tout à fait inutiles et souvent très regrettables.

Comme moyen de contention, le meilleur est une camisole de force bien faite et bien appliquée. Elle laisse en effet parfaitement libre le jeu de la respiration; elle permet au malade des mouvements limités des bras, le met hors d'état de frapper ou de se blesser lui-même et facilite considérablement la tâche quand on est obligé de le saisir pour l'emmener d'un endroit dans un autre et de le maintenir.

FOLIE RAISONNANTE ET MORALE

Il existe un grand nombre d'individus qui sont sur les limites de la raison et de la folie. Ce sont ceux qu'on désigne dans le vulgaire sous le nom de bizarres, d'originaux, d'excentriques ou de pervers. On doit en distinguer deux sortes, qui sont plutôt des formes spéciales du caractère que de la folie à proprement parler.

1° Les uns, très intelligents, raisonnant très sainement en apparence, se livrent cependant à toutes sortes de bizarreries, d'excentricités dans leur existence où ils peuvent néanmoins réussir dans leurs affaires, et ont une véritable folie d'actes sans délire : c'est la *manie raisonnante.* 2° Les autres, plus ou moins débiles intellectuellement, profondément dégénérés, se font surtout remarquer par leurs perversions des sentiments moraux et leur dégoût du travail. C'est la *folie morale* à proprement parler.

Ces deux formes se touchent de près, mais ne se confondent pas cependant, et méritent une description séparée.

1° **Manie raisonnante.** — Dès le jeune âge ces malades se font remarquer par des mouvements

passionnés, une manie d'ergoter sur tout à perte de vue, une intelligence assez vive mais instable, une certaine hypocrisie, beaucoup d'orgueil, une exubérance extrême et de l'imagination pour des inventions saugrenues quelquefois, dont ils donnent toujours une explication raisonnée, un motif qui leur semble amplement suffisant.

Adultes, leur jugement paraît sain, leurs sentiments normaux. Ils savent devant le monde raisonner avec beaucoup de justesse et témoigner de sentiments moraux excellents. Mais, très orgueilleux, ne croyant bien que ce qu'ils font, disant du mal de tout le monde, voyant partout de mauvaises intentions, ils s'irritent et se livrent aux pires emportements au moindre obstacle qui se dresse devant eux. Violents, méchants avec préméditation et raffinement, ils mettent le trouble parmi les gens les plus unis, semant avec habileté les insinuations les plus perfides.

Leur activité est très grande, quelquefois même exagérée. Ils négligent leurs affaires pour s'occuper de celles des autres et leur en font ensuite reproche. Ils se livrent aux occupations les plus disparates, en donnant toujours de leur manière de faire des explications très judicieuses en apparence. Il en est de même pour les plaintes qu'ils formulent contre tout le monde.

Il est remarquable de constater avec quelle inconscience ils font les choses les plus extravagantes, les plus contradictoires avec les principes qu'ils expriment, et en donnent une raison qui, au point de

vue logique pur, peut sembler parfaite, mais dont la base n'est malheureusement pas toujours très juste.

Ils vivent en général d'une manière bizarre, ne faisant jamais rien comme les autres personnes de leur condition, affectant de se tenir en dehors des conventions sociales, auxquelles ils sacrifient avec exagération dans d'autres cas. Ils ont toujours le besoin de se mettre en évidence, de passer pour des sujets remarquables, sortant du commun, jaloux d'exciter l'étonnement, orgueilleux à l'excès, et prétendant toujours que rien ne se fait bien sans eux. Ils se regardent comme des victimes de la société. On les jalouse ou on méconnaît leurs mérites. Inventeurs ils se ruinent, théoriciens ou réformateurs sociaux ils négligent leurs affaires pour se lancer dans les aventures politiques.

Ils aiment le luxe, la parade, et sacrifient au besoin, pour y satisfaire, leur nécessaire et celui des leurs. D'autres deviennent des persécutés persécuteurs (Voy. *Idées de persécution*), d'autres encore se contentent d'être des excentriques, des instables. Leur besoin d'activité se traduit par des voyages, des aventures lointaines, sans but spécial, ni utile.

Ce qui fait défaut chez tous c'est le défaut de but pratique à atteindre et le manque absolu de pondération. Leur ambition du moment est leur seul guide. Ce sont eux qui fournissent ces excentriques dont on cite les exploits : paris invraisemblables, excentricités de tout genre dans lesquelles ils mettent de côté tout sentiment de respect de soi, de leur famille, de

leurs intérêts même. Et cela inconsciemment, guidés par le seul plaisir d'attirer l'attention sur leur personne, et de surprendre le monde par leur originalité et leur supériorité. Après quoi ils s'étonnent et s'irritent si on ne les prend pas au sérieux, et si l'on ne se montre pas fier de leur amitié. Après avoir fait, au vu et au su de tous, les actes excentriques les plus contraires aux sentiments élevés, ils s'étonnent qu'on puisse douter de la sincérité de leurs sentiments moraux. C'est une contradiction perpétuelle entre leurs paroles et leurs actes.

Ce sont des êtres éminemment nuisibles, car ils apportent toujours le trouble partout où ils se trouvent. Malheureusement la limite de raison sur laquelle ils se trouvent ne permet pas de prendre à leur égard d'autre mesure de précaution que celle de faire le plus possible le vide autour d'eux. C'est la meilleure leçon et le meilleur traitement qu'on puisse leur donner que de leur montrer leur impuissance. Malheureusement rien ne peut les dissuader de leur bon droit, de leur bon sens, et des torts de tout le moude, et en les évinçant on s'en fait le plus souvent des ennemis.

Cet état dure toute la vie. Il est quelquefois entrecoupé par de véritables accès d'excitation maniaque ou de bouffées de délire de persécutions, où l'internement devient nécessaire. Plus tard des phénomènes congestifs surviennent en général qui finissent par les mener à la démence.

2° **Folie morale.** — La folie morale se manifeste d'une façon plus précoce encore que la manie rai-

sonnante. Enfants, ces malades sont menteurs, imaginatifs, ingénieux à faire le mal pour le plaisir de le faire, cruels envers les animaux et en général envers tous ceux qu'ils sentent plus faibles qu'eux, poltrons au contraire avec ceux qu'ils savent plus forts. Ils sont de plus rusés, vindicatifs, calomniateurs. Presque tous se livrent à l'onanisme.

Égoïstes par-dessus tout, ils ne portent d'affection aux gens qu'en vue de ce qu'ils peuvent tirer d'eux par ce moyen, étant indifférents, au fond, à tout ce qui ne les touche pas eux-mêmes. Insolents avec leurs parents, pour lesquels ils n'ont guère d'affection, ils leur disent les choses les plus pénibles, s'ingénient à les tourmenter, à les froisser dans leurs plus chers sentiments, et paraissent absolument indifférents aux reproches. Ils ne sont touchés ni par les menaces, ni par les promesses, ni par les récompenses.

Ils ont l'horreur du travail et déclarent ne vouloir rien faire, sinon s'amuser, agir à leur guise, que cela ne regarde personne, et que leurs parents n'avaient qu'à ne pas les procréer si c'était pour ne pas leur rendre la vie agréable. Ils sont d'un cynisme révoltant, se moquent de tous les sentiments élevés et n'ont même pas la pudeur de cacher leurs mauvaises actions. Ils ont les sentiments moraux plutôt absents que pervertis.

Plus tard, adultes, ils sont capables de vol, d'escroquerie, de crime, de prostitution, des pires infamies pour se procurer la vie de jouissance sans travail qu'ils rêvent. Cette paresse indomptable est

la plus haute caractéristique de leur maladie, si dangereuse au point de vue social. Aussi finissent-ils plus souvent peut-être dans les prisons que dans les asiles. Ils fournissent en effet un grand nombre de criminels, de ces criminels intelligents qui auraient pu faire beaucoup s'ils avaient employé leur intelligence au bien.

Cette folie morale est un trouble du caractère plutôt qu'une maladie. Elle est fréquente chez les dégénérés, les hystériques, les débiles. Ces malades présentent ordinairement de l'intolérance pour l'alcool et finissent souvent alcooliques : ou bien, très sujets aux bouffées délirantes, ils arrivent à la folie confirmée et chronique. Des troubles cérébraux, congestions, apoplexie, mettent aussi fréquemment fin à leurs jours.

Indications pratiques.

La manie raisonnante et la folie morale qui se révèlent par des signes très précoces, dès l'enfance, nécessitent le même traitement, prophylactique d'abord, palliatif ensuite. Car on ne peut espérer de guérison.

Dès le jeune âge la nécessité s'impose de la discipline, de la vie commune avec d'autres enfants, d'un travail régulier, d'une direction étrangère à celle de la famille, qui, en raison des tares névropathiques qu'elle présente toujours dans ces cas, est la moins propre à diriger l'éducation morale de ces jeunes sujets. Ils rendent du reste fréquemment la vie de famille impossible.

Plus tard on est souvent obligé de les interner s'ils se livrent à des actes fâcheux, à des menaces homicides, à des esclandres, à des actes délictueux, etc.

La plupart du temps ce sont des cas très délicats sur lesquels il est fort difficile de se prononcer.

L'internement est utile comme préservation sociale et comme influence morale sur eux. Mais si la crainte de la séquestration, de la suppression de leur liberté, est ce qui les touche le plus, et les maintient pendant quelque temps, cela ne suffit pas à les moraliser.

Très habiles à se faire considérer comme des victimes, réclamant sans cesse contre leur séquestration, ne se livrant à aucun acte bizarre dans les asiles, faute d'occasions, ils trouvent toujours des défenseurs pour plaider l'intégrité de leurs facultés, provoquer des enquêtes, des expertises médico-légales, et attaquer l'honorabilité de la famille et des médecins qui les ont fait interner. Aussi est-il très prudent de ne pas s'en charger sans l'assistance d'un aliéniste officiel ou notoirement connu comme tel.

DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Il n'est peut-être pas de question plus embarrassante, aujourd'hui surtout que les pseudo-paralysies générales sont à l'ordre du jour et où l'on se demande le rôle de la syphilis dans la paralysie générale. Plus les recherches se multiplient, plus la question se complique et l'on en arrive à se demander si, en dehors de la syphilis et de l'alcoolisme, il existe des cas de paralysie générale spontanée. Quoi qu'il en soit, pour le praticien qui n'a pas à entrer dans ces subtilités pathogéniques, il n'en existe pas moins un complexus symptomatique caractérisé par des troubles psychiques et somatiques particuliers, et comportant un pronostic spécial. L'essentiel pour lui est de savoir s'il est en présence d'une affection curable ou non.

Il est indispensable, avant d'aborder le diagnostic de rappeler d'abord les *symptômes ordinaires* de la paralysie générale.

Plus fréquente chez l'homme que chez la femme elle apparaît ordinairement après trente ans, et présente son maximum de fréquence de trente-cinq

à cinquante ans. Les professions libérales en fournissent le plus grand nombre. Les militaires et les prostituées en sont atteints d'une manière tout à fait prédominante. Les excès, les traumatismes crâniens, les insolations, la syphilis surtout la provoquent. Le surmenage du système nerveux en est aussi une cause fréquente.

Il faut distinguer deux grandes formes :

1° La *démence paralytique ;*
2° La *folie paralytique*, qui présente, en outre des symptômes de la démence, un délire de caractère spécial qui lui est en quelque sorte surajouté.

1° Démence paralytique.

Commençons par la démence paralytique ; nous n'aurons plus à examiner ensuite que le délire qui lui est lié. Elle comprend quatre périodes : a) *période prodromique* ; — b) *période de début* ; — c) *période d'état* ; — d) *période terminale.*

a) Période prodromique. — La paralysie générale s'établit insidieusement et son début est ordinairement très lent. Quelquefois cependant il a lieu par un ictus congestif.

Cette période dure de quelques mois à plusieurs années, rarement. Ce sont les troubles moraux qui ouvrent la marche, puis viennent les troubles intellectuels. D'une façon générale on observe *deux tendances* plus ou moins nettes : la *dépression* ou l'*excitation* (dynamie fonctionnelle).

A. Troubles moraux.

Dépression. — Placidité, indifférence.
Diminution des sentiments affectifs;
Désintéressement des affaires;
Idées hypochondriaques quelquefois (sentiment d'oppression, névralgies, douleurs, malaises);
Craintes de tout ordre;
Dépression mélancolique, quelquefois dès le début.
Excitation. — Irritabilité, colères violentes, émotivité, à la moindre contrariété.
Gais, hardis, affairés. Prodigues (achats inutiles, inconsidérés), dissipateurs, débauchés, alcooliques;
Orgueilleux, égoïstes, peu scrupuleux au point de vue de la probité. Ambitieux.

B. Troubles intellectuels.

Dépression. — Signes d'affaiblissement intellectuel dès le début.
Incapacité de travail.
Inattention;
Incorrection de langage, d'écriture;
Oubli des mots;
Amnésie pour les faits récents, les habitudes. (Voy. *Troubles de la mémoire.*)
Excitation. — Imagination sans cesse en mouvement.
Activité désordonnée. Ils commencent mille choses, qu'ils ne finissent pas, et compro-

mettent ainsi quelquefois leur fortune dans des entreprises absurdes. Loquacité.

Mémoire exaltée en apparence, mais présentant des lacunes (oublis mis sur le compte de l'étourderie ou de trop nombreuses occupations).

C. **Troubles physiques.** — Névralgies fixes, erratiques ou généralisées et rebelles à tout traitement, migraine ophthalmique (constituent souvent un prodrome éloigné).

Troubles oculaires : ptosis, diplopie, strabisme, sur lesquels le traitement spécifique n'agit pas ; légère inégalité pupillaire ; réflexes paresseux.

Troubles gastriques : Diarrhées incoercibles ; dyspepsie, etc. (Origine des idées hypochondriaques.)

Suppression des règles ;

Rétention ou incontinence passagère des urines ;

Glycosurie passagère ;

Troubles ataxiques de la marche ;

Maladresse dans les travaux délicats ;

Léger trouble de la parole, surtout après les repas ;

Insomnie rebelle ou sommeil lourd et troublé par des cauchemars.

b) Première période. — Les troubles moteurs sont les plus importants.

A. **Signes physiques.** — 1° *Embarras de la pa-*

role. — C'est un symptôme capital presque pathognomonique. Tant qu'on ne l'a pas constaté, on doit réserver le diagnostic.

L'hésitation est d'abord intermittente, puis continue. Il y a des accrocs, des faux pas, un achoppement syllabique qu'on détermine plus facilement en faisant parler quelque temps le malade pour le fatiguer, ou en lui faisant prononcer des mots difficiles comme « anticonstitutionnellement, transsubstantiation, artilleur d'artillerie, etc. ». La parole est lente, traînante, psalmodiée, monotone. Elle est ataxique avec des accrocs continuels, ou scandée, chez la femme en particulier.

L'émission de la voix est précédée de tremblements fibrillaires des lèvres, de sorte qu'il y a un certain intervalle entre l'effort fait pour produire le son et l'émission elle-même.

2° *Tremblement*. — Il constitue aussi un des premiers phénomènes. Il affecte surtout la langue, les lèvres, la face, les extrémités. C'est un tremblement fibrillaire et non en masse comme celui de l'alcoolisme.

Intermittent, il se produit surtout au moment où se fait un effort (Voy. *Examen antérieur*).

La langue est quelquefois projetée au dehors.

Les mains tremblent, surtout quand le malade veut faire quelque chose de précis. L'écriture est finement tremblée. Il y a des ratures, des omissions, des fautes grossières.

Les membres inférieurs présentent de l'affaiblissement qui se traduit par une titubation qu'on met

en évidence en faisant pivoter le malade sur lui-même.

3° *Troubles oculo-pupillaires.* — De quelque ordre qu'ils soient ils sont constants ou peu s'en faut:

Myosis ou mydriase;

Inégalité pupillaire, le plus souvent par suite de l'inégale dilatation;

Réflexes, accommodatif et surtout lumineux, paresseux. Le signe d'Argyll Robertson est un bon signe à rechercher en cas d'hésitation entre la paralysie générale et des états qui la simulent. Quand il existe, il plaide en faveur de la paralysie générale.

On observe encore dans les paralysies générales syphilitiques de l'amaurose, du strabisme, de la diplopie, du ptosis.

4° *Troubles musculaires.* — Il y a parésie et non paralysie.

La force au dynamomètre est très diminuée, beaucoup plus même que l'état général ne le ferait supposer. Aussi les malades se fatiguent-ils très rapidement et sont-ils de plus en plus maladroits à mesure qu'ils font un travail quelconque.

Mouvements de déglutition incessants quelquefois.

Grincements de dents la nuit.

Raideur du cou et du tronc.

5° *Troubles de la sensibilité.* — Anesthésie cutanée plus ou moins marquée. Fourmillements. Engourdissements. Douleurs fulgurantes.

Diminution de l'odorat et de la vue, souvent d'une façon précoce.

6° *Fonctions organiques.* — Exagération de l'appétit.
Constipation. Suppression des règles quelquefois.
Bouffées congestives à la tête après les repas.
Fièvre quelquefois, annonçant souvent une congestion cérébrale, ou une attaque apoplectiforme.

B. **Troubles intellectuels.** — Affaiblissement progressif de toutes les facultés.

Diminution très marquée de la mémoire (Erreurs de calculs ; conversations décousues ; erreurs de lieux). (Voy. *Troubles de la mémoire*).
Incapacité de l'attention.
Faiblesse de l'imagination.

C. **Troubles moraux.** — Indifférence de plus en plus marquée pour tout ce qui les concerme.
Sentiments affectifs de plus en plus émoussés.
Oubli des convenances.
Exhibitions, vols aux étalages, fugues.

c) Deuxième période. — La transition de la première à la seconde période se fait d'une façon insensible. Cette dernière se caractérise par l'exagération de tous les symptômes.

Exagération des signes de démence et de la paralysie.
Parole de plus en plus embarrassée, presque incompréhensible.

Tremblement continuel.

Incapacité de se livrer à aucune occupation.

Malpropreté : ramassent des ordures, s'en barbouillent, ils ramassent des cailloux, des morceaux de métal, de papier, etc., qu'ils mettent dans leurs poches, etc.

Amnésie très marquée.

Inconscience de leur état.

Facies : masque paralytique ; couleur terreuse ; flaccidité des joues ; effacement des plis nasolabiaux ; absence d'expression du visage.

Mâchonnement ; grincement de dents ; salivation ; bave.

Affaiblissement musculaire très marqué ; marche impossible.

Relâchement des sphincters ; gâtisme.

Gloutonnerie ; embonpoint quelquefois.

Décubitus dorsal au lit ; grabataires.

d). Troisième période (terminale) :

Incontinence d'urine et des matières fécales. Gâtisme complet par paralysie des sphincters.

Démarche lourde, chancelante, puis impossible.

Face hébétée.

Parole incompréhensible.

Mâchonnement et grincement de dents continuels.

Tremblements spasmodiques.

Contracture du cou.

Paralysie du pharynx déterminant fréquemment

l'asphyxie par l'introduction d'aliments dans les voies aériennes.

Troubles trophiques : eschares sacrées ; érythèmes ; maux perforants ; chute des ongles, des dents ; abcès ; hématome de l'oreille se produisant quelquefois du jour au lendemain ; fractures. Il est à remarquer que les abcès, les plaies, les fractures ont souvent une grande tendance à la guérison.

Amaigrissement, cachexie, marasme.

Démence complète : absence de conscience, de sentiment, d'émotion. Le malade ne sait plus qu'une seule chose : manger. Mort par cachexie, congestion pulmonaire hypostatique, ou attaques congestives.

Congestions cérébrales. — Elles sont très fréquentes et très importantes. Elles peuvent se montrer comme phénomène de début, ou plus souvent dans le cours de l'affection, ou enfin comme phénomène terminal.

On en distingue quatre formes : comateuse, hémiplégique, apoplectiforme, épileptiforme.

Forme comateuse : Somnolence, hébétude, congestion céphalique, coma.

Se dissipe rapidement par un traitement approprié.

Forme hémiplégique : Début brusque, sans prodromes.

Disparition également rapide en quelques jours.

Forme apoplectiforme : Attaque d'apoplexie, coma.

Mort quelquefois. Le plus souvent le malade sort de cet état, et après une période de somnolence guérit ou reste hémiplégique.

Forme épileptiforme : C'est la plus fréquente et la plus grave. C'est un véritable accès d'épilepsie, avec élévation de la température, jusqu'à 40° quelquefois.

Parfois plusieurs attaques se succèdent dans la même journée et constituent un véritable état de mal. Il y a une aggravation marquée de tous les symptômes à la suite, et il peut rester de l'hémiplégie, de la contracture, de l'aphasie, qui sont cependant le plus souvent transitoires.

2° **Folie paralytique.**

Sur le tableau précédent vient se greffer un délire généralisé, soit maniaque, soit mélancolique.

Quelquefois la paralysie générale est masquée au début par un délire vésanique.

L'*excitation maniaque* (Voy. *États d'excitation*), avec délire des grandeurs (Voy. *Idées de grandeur*), est la forme la plus fréquente au début et chez les hommes. Les idées sont : *absurdes*, *mobiles*, *contradictoires*, *incohérentes*. Ces caractères se retrouvent dans toutes les formes du délire des paralytiques généraux.

La *mélancolie délirante* est, au début, la forme la plus fréquente après l'excitation (Voy. *États de dépression*).

Cette mélancolie affecte souvent la forme hypochondriaque (Voy. *Idées hypochondriaques*). Cette

hypochondrie spéciale (micromanie; ablation d'organes, etc.) s'accompagne aussi d'idées de persécution, de refus d'aliments, d'idées de suicide. C'est la seule forme où se montrent quelques hallucinations, qui sont exceptionnelles dans la paralysie générale.

Enfin la mélancolie peut affecter la forme stupide, surtout chez les femmes.

Tous ces états peuvent s'associer, se remplacer, mais ce qui persiste toujours c'est la démence et les troubles physiques.

Paralysie générale aiguë. — L'évolution de la paralysie générale peut être très rapide et se faire en trois semaines ou un mois. Parfois il y a un état stationnaire au bout de quelque temps et la maladie prend une marche chronique. Quand l'évolution est rapide, on peut observer du délire aigu paralytique, ou plus souvent un état d'excitation maniaque extrême, avec violences, incohérence et confusion des idées, fièvre, congestions répétées, attaques épileptiformes, soubresauts. Bientôt se montrent des eschares, puis une diarrhée incoercible qui fait tomber le malade dans le marasme, terminé plus ou moins rapidement par la mort.

Paralysie générale suivant le sexe. — Chez l'homme on observe surtout la forme excitée maniaque, ambitieuse, avec une durée de deux à quatre ans.

Chez la femme, au contraire, ce sont les formes dépressives à évolution plus lente, en cinq et six ans, qu'on rencontre le plus ordinairement.

Paralysie générale à forme spinale. — Le début se fait par de l'ataxie locomotrice. Puis les phénomènes

de la paralysie générale ou de la démence paralytique se montrent, et évoluent en général rapidement. C'est une sorte de tabes ascendant.

Marche. — Elle est progressive et aboutit fatalement à la mort dans l'espace de trois ans en moyenne chez l'homme, de cinq à six chez la femme. Elle peut être interrompue par des *rémissions*.

Rémissions. — Les rémissions dans la paralysie générale constituent un phénomène des plus importants. Elles peuvent se répéter plusieurs fois. Mais la démence persiste toujours et en particulier l'amnésie, ce qui indique bien qu'il n'y a pas guérison, mais simplement rémission, quoique les phénomènes somatiques puissent disparaître presque complètement.

Ces rémissions peuvent donner à la maladie une forme circulaire (*paralysie générale à forme circulaire*), rare du reste. Le plus souvent ces rémissions sont incomplètes, et ne permettent guère au malade de reprendre sa place dans la société. Si elles sont durables, on a affaire à ces cas de *folie* ou *manie congestive*, débutant par une violente excitation maniaque, avec délire ambitieux et troubles somatiques analogues à ceux de la paralysie générale, et dont le diagnostic différentiel n'est possible que par le fait de la guérison.

A chaque rémission nouvelle le malade est plus profondément modifié, plus apathique, plus incapable de résistance morale et par conséquent livré à la merci de ceux qui peuvent en abuser.

Au point de vue *médico-légal* ces rémissions ont, on le comprend, une grande importance, et il est permis de se demander, telle apparence de guérison que présente le malade, s'il est vraiment bien juge de ses actes, et quelle valeur on doit leur attribuer. C'est une question qui se pose surtout à propos des testaments faits pendant une période de rémission. Il est bien difficile de donner des règles précises pour la conduite à tenir en pareil cas. En règle générale, le médecin appelé à donner son avis doit être extrêmement circonspect sur l'affirmation de l'état de la conscience et du jugement du malade. Il devra se garder de donner aux membres de la famille qui attaquent ce testament aucun certificat dans un sens ou dans l'autre, ni pendant la vie du malade pour constater qu'il est sain d'esprit au moment où on lui fait signer l'acte.

Pronostic. — Fatal. Il peut être modifié au point de vue de la marche par l'existence des complications, des rémissions ou des antécédents héréditaires du malade. S'il y a des antécédents vésaniques la marche est ordinairement plus lente, chronique, rémittente, et peut durer dix et même quinze ans. Toute complication aggrave le pronostic en précipitant la déchéance du malade.

Si la première période est longue, on peut présumer que les autres le seront aussi, même malgré les complications.

Diagnostic différentiel.

Il doit être envisagé suivant les périodes et suivant les formes de la maladie.

A la période prodromique, le diagnostic ne peut guère se faire que par les signes physiques.

Nous avons vu, à propos des états d'excitation et de dépression ceux qui appartenaient à la paralysie générale.

A. Dans la *démence paralytique* le diagnostic est à faire avec :

1° *Lésions circonscrites de l'encéphale ;*
2° *Alcoolisme*
3° *Syphilis* } *pseudo-paralysies générales ;*
4° *Saturnisme*
5° *Sclérose en plaques ;*
6° *Epilepsie (attaques épileptiformes).*

B. Le diagnostic de la *paralysie générale à forme expansive* est à faire avec :

1° *Excitation maniaque ;*
2° *Manie aiguë ;*
3° *Persécutés mégalomanes ;*
4° *Débiles mégalomanes.*

C. Le diagnostic de la *paralysie générale à forme dépressive* est à faire avec :

1° *Mélancolie simple ;*
2° *Mélancolie avec stupeur ;*

3° *Hypochondrie ;*
4° *Démence simple ;*
5° *Démence sénile.*

D. La *paralysie générale à forme circulaire* ou présentant alternativement des périodes expansives et dépressives ou des rémissions, doit être faite avec :
Folie circulaire.

A. Diagnostic de la démence paralytique.

1° **Lésions circonscrites de l'encéphale.** — Ces lésions s'accompagnent aussi de démence et de troubles de la motilité. Mais les troubles moteurs sont unilatéraux ordinairement, le plus souvent sous forme d'hémiplégie avec contracture, ou s'accompagnent d'aphasie. Quand elles sont très étendues, elles déterminent une démence rapide et de véritables paralysies du mouvement qui ne s'observent guère dans la paralysie générale où il y a surtout des troubles parétiques et ataxiformes.

Les *tumeurs cérébrales* peuvent présenter de la démence, de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole, de la titubation, une parésie générale.

Mais il y a en outre de la céphalée, de l'amaurose, des vomissements, ou des accidents convulsifs ou paralytiques.

Parfois, si la tumeur est généralisée, le diagnostic est impossible. Mais le pronostic étant le même l'erreur a moins d'importance.

2° **Alcoolisme.** — Certaines formes d'alcoolisme

peuvent simuler la paralysie générale de tous points. Mais, outre les antécédents connus, il y a une persistance des troubles toxiques, des hallucinations caractéristiques de la vue ou de l'ouïe qui sont très rares dans la paralysie générale. Il y a de l'abrutissement, de l'obtusion intellectuelle plutôt que de la démence. Ces troubles ont tendance à s'atténuer et même à disparaître sous l'influence du traitement.

Les troubles paralytiques débutent par les extrémités et se propagent vers la racine des membres.

Les troubles de la sensibilité générale sont plus marqués, plus douloureux et assez spéciaux : crampes, fourmillements, etc.

Il y a plutôt empâtement de la parole, bredouillement qu'hésitation, accrocs, comme dans la paralysie générale.

Néanmoins il est des cas où le diagnostic est impossible à faire. C'est alors l'évolution qui permet de le poser. Au bout d'un certain temps on voit en effet la démence persister sans que les phénomènes moteurs s'aggravent.

Quand l'alcoolisme se combine avec la paralysie générale, comme cela arrive souvent par suite des excès auxquels se livrent les malades à la première période de l'affection, le diagnostic peut rester en suspens quelque temps. Ce n'est qu'une fois les phénomènes d'intoxication disparus qu'on peut examiner la paralysie générale dépouillée de son masque d'emprunt.

La connaissance des circonstances dans lesquelles l'alcoolisme s'est développé aide puissamment au

diagnostic. Dans les cas de pseudo-paralysie générale alcoolique, en effet, le malade est un ancien alcoolique dont les excès ont été en augmentant. Dans la paralysie générale vraie, au contraire, il s'agit d'un homme qui s'est mis tout à coup à boire en même temps qu'il présentait dans toutes les autres sphères psychiques une suractivité qui ne lui était pas habituelle.

L'erreur, dans la majorité des cas, n'a peut être pas grande importance; la pseudo-paralysie générale tout en respectant beaucoup plus longtemps l'existence de l'individu que la paralysie générale vraie, ne lui permet pas davantage de reprendre son rang dans le monde, et il est tout autant perdu pour sa famille et pour la société.

3° **Syphilis.** — La syphilis cérébrale simule également souvent la paralysie générale, et comme très fréquemment cette dernière a pour origine la syphilis, on conçoit qu'il y ait souvent des erreurs d'interprétation.

Cependant les symptômes de la syphilis cérébrale sont le plus souvent localisés, en particulier aux nerfs crâniens. Ils sont souvent aussi unilatéraux, et ils se montrent dès le début des troubles intellectuels, quand, même, ils ne les précèdent pas. Elle s'accompagne rarement de délire ambitieux, mais fréquemment, au contraire, d'hallucinations et d'illusions de la vue.

Des manifestations cutanées coïncident fréquemment avec, et des céphalées intenses en marquent le début. La parole est plutôt empâtée qu'hési-

tante. Les malades sont abrutis plutôt que déments.

Enfin le traitement mercuriel est la pierre de touche. Autant il peut agir vite dans la syphilis cérébrale, autant il est impuissant dans la paralysie générale, même chez des syphilitiques. Il faut du reste toujours le tenter en présence d'un cas de paralysie générale. Les frictions mercurielles et l'iodure de potassium, à dose héroïque quelquefois, doivent être employés concurremment, mais suspendus dès qu'on constate qu'aucune amélioration ne se produit.

4° **Saturnisme.** — La pseudo-paralysie générale saturnine s'accompagne de céphalées, de crampes, de fourmillements, de troubles de la sensibilité des extrémités des membres, avec paralysies de caractère spécial (paralysie radiale), d'attaques épileptiformes.

Il n'y a pas de délire mégalomaniaque, pas d'idées de satisfaction, de puissance comme dans la paralysie générale vraie. On rencontre des cauchemars, des hallucinations terrifiantes, des idées de persécution. En outre on retrouve des signes d'intoxication, et, à leur défaut, on est mis sur la voie par les commémoratifs et l'allure des troubles moteurs.

L'encéphalopathie saturnine détermine de la torpeur, quelquefois même un état subcomateux, qui ne ressemble pas à la dépression des paralytiques généraux.

Enfin la marche des troubles intellectuels et moteurs est encore une indication. Le gâtisme se rencontre dès le début, contrairement à ce qui se passe

dans la paralysie générale, et les troubles intellectuels sont consécutifs aux troubles paralytiques et sensitifs.

La marche est en général rapide, et si la mort ne survient pas, l'amélioration s'établit progressivement.

5° **Sclérose en plaques.** — Certains cas de sclérose en plaques où les phénomènes céphaliques et psychiques prédominent peuvent en imposer pour de la paralysie générale. Toutefois les troubles moteurs sont d'ordre spasmodique et non paralytique, la parole est scandée et bien articulée, sans bredouillement; le tremblement est intentionnel et ses oscillations vont en augmentant à mesure qu'on s'approche du but, et non pas continu, à petites amplitudes et n'entraînant que de la maladresse pour des choses délicates, comme dans la paralysie générale.

Il y a des vertiges et non des attaques congestives. Les troubles oculaires consistent dans le nystagmus et l'atrophie papillaire ordinairement, et non dans l'inégalité pupillaire. Le diagnostic en somme est assez facile le plus souvent. Où la difficulté commence c'est lorsqu'on se trouve en présence d'une sclérose en plaques arrivée à une période avancée, avec gâtisme, impotence fonctionnelle confinant le malade au lit, et commencement de démence. Il est vrai qu'au point de vue pratique du pronostic et du traitement, ce diagnostic a beaucoup moins d'importance alors.

6° **Épilepsie.** — On ne peut guère commettre d'erreur que si la paralysie générale débute par un ictus congestif avec attaques épileptiformes. Néanmoins,

étant donnés les anamnestiques, l'apparition de l'épilepsie après trente ans doit toujours faire songer à une épilepsie symptomatique soit de syphilis, soit de tumeur cérébrale.

Il faut donc toujours instituer le traitement spécifique avant de se prononcer. Souvent d'ailleurs les autres troubles apparaissent assez rapidement dans ces formes.

B. Diagnostic de la paralysie générale a forme expansive.

1° **Excitation maniaque.** — L'excitation maniaque est presque toujours symptomatique soit de paralysie générale, soit de folie à double forme. Celle-ci se compliquant fréquemment aussi de troubles congestifs de l'encéphale, le diagnostic peut être hésitant. Mais la folie à double forme débute ordinairement beaucoup plus tôt que la paralysie générale, et éclôt sur un terrain prédisposé héréditairement et plus ou moins dégénéré.

Le caractère des malades n'est pas le même. Autant — ordinairement — le paralytique général est bienveillant, généreux, content de tout, autant le circulaire est méchant, malveillant, vindicatif.

De plus, on ne trouve pas de troubles démentiels dans la folie circulaire, qui n'aboutit que très tardivement à la démence, tandis qu'ils se montrent les premiers dans la paralysie générale.

Les troubles moteurs, constants dans la paralysie générale, manquent dans la folie circulaire.

2° **Manie aiguë.** — Elle ne saurait être confondue que pendant peu de temps. Où le diagnostic peut être délicat c'est lorsqu'elle éclate au début de la paralysie générale qu'elle masque ainsi, et en l'absence de tout renseignement anamnestique. Mais, dans ce cas, la démence précède la manie, tandis qu'au contraire la manie vraie survient sans déchéance intellectuelle.

Chez les maniaques on trouve ordinairement une hérédité vésanique plus ou moins chargée, des accidents antérieurs atténués, souvent des excès alcooliques.

Le maniaque au début n'a pas à proprement parler de délire. Lorsque celui-ci se montre il n'a pas les caractères de mobilité, de contradiction, d'incohérence, d'absurdité, de celui de la paralysie générale. Ce sont les mêmes idées, les même sentiments qui se montrent sans cesse, jusqu'à ce que l'agitation extrême produise l'incohérence complète.

La force musculaire est augmentée et non diminuée.

Il n'y a pas de tremblement, pas d'hésitation de la parole, pas de troubles oculo-pupillaires.

Enfin les illusions sensorielles tiennent une place considérable dans les manifestations délirantes du maniaque, ce qui n'existe pas chez le paralytique.

3° **Persécutés mégalomanes.** — La phase ambitieuse du délire de persécution chronique ne saurait être confondue avec le délire mégalomaniaque du paralytique général. La marche des deux affections, la systématisation du délire, la fixité des idées de gran-

deur coexistant avec les idées de persécution, les hallucinations et les troubles de la sensibilité générale qui forment la base du délire de persécution, l'absence de troubles somatiques, l'absence de démence, etc., etc., rien, si ce n'est la présence d'idées de grandeur, ne permet d'hésiter. Et encore la mégalomanie offre-t-elle des caractères bien différents dans les deux cas (Voy. *Idées de grandeur*).

4° **Débiles mégalomanes.** — Plus délicat est le diagnostic du délire des grandeurs des imbéciles et des débiles, avec celui des paralytiques généraux. Mêmes caractères de mobilité, de diffusion, d'incohérence, de contradiction, d'absurdité, reposant sur un fond d'affaiblissement intellectuel et moral. Mêmes idées de grandeur, hypochondriaques, de négation, de destruction, de micromanie. Les signes physiques eux-mêmes — qui peuvent manquer au début de la paralysie générale — peuvent exister ici : inégalité pupillaire, vices d'articulation de la parole simulant ou masquant celui de la paralysie générale. Il n'y a souvent que la marche de l'affection qui puisse trancher le diagnostic.

Cependant on peut y arriver en considérant l'âge, en général peu avancé, des débiles mégalomanes, leur lourde hérédité; le mode d'apparition du délire qui se montre sous forme d'une bouffée subite; la débilité mentale congénitale et non acquise. Dans les cas douteux, le signe d'Argyll Robertson est un bon élément de diagnostic en faveur de la paralysie générale.

Nous avons vu les différences entre le bégaiement,

la blésité, etc. et les troubles de la parole des paralytiques généraux (Voy. *Troubles de la parole*, p. 74). Nous n'y reviendrons donc pas ici.

C'est surtout les commémoratifs qui permettront souvent de décider. Mais il faut se rappeler que la paralysie n'est pas rare chez les dégénérés.

C. Diagnostic de la paralysie générale a forme dépressive.

1° **Mélancolie simple.** — Un tremblement émotionnel de la parole, des contractions fibrillaires peuvent se montrer dans la mélancolie grave, et tiennent au trouble émotionnel. Mais le délire est cohérent, fixe. On n'y voit pas d'idées ambitieuses, d'idées de grandeur. A cet égard, il ne faut pas confondre le délire d'énormité (Voy. *Idées de grandeurs*), qui est un délire de grandeurs à rebours, avec et vrai délire de grandeurs des paralytiques généraux, ce qui est d'ailleurs presque spécial à la mélancolie.

Le faciès est différent : apathique chez le paralytique, contracté chez le mélancolique.

2° **Mélancolie avec stupeur.** — La paralysie générale s'accompagnant souvent de stupeur, le diagnostic peut être difficile. Mais les antécédents, le début de la maladie diffèrent. La stupeur n'arrive pas d'emblée chez les mélancoliques. Elle est ordinairement précédée d'un stade d'anxiété. Une fois plongé dans la stupeur, si le mélancolique laisse échapper quelques paroles, c'est pour exprimer son

angoisse ou sa tristesse. Le paralytique stupide peut dans cet état énoncer quelque idée de satisfaction ; il parlera de millions ou émettra quelque idée hypochondriaque.

La constatation des phénomènes somatiques prend ici une importance considérable. Les troubles oculo-pupillaires, les tremblements fibrillaires de la face et des mains, la congestion habituelle de la face, qu'on rencontre dans la paralysie générale, sont assez caractéristiques. D'autre part le faciès est tout différent. Stupide et hébété dans la paralysie, il est atterré, contracté dans la mélancolie. Le regard est atone dans un cas, fixe dans l'autre. Il y a peu ou pas de raideur du tronc et des membres dans la paralysie, tandis que cette raideur est quelquefois cataleptiforme dans la mélancolie stupide.

3° **Hypochondrie.** — Dans l'hypochondrie simple, l'intelligence est conservée, le jugement sain, le raisonnement logique pour tout ce qui ne touche pas aux sensations anormales du malade et aux conceptions qui en dérivent. Dans la paralysie générale, au contraire, l'affaiblissement intellectuel est très marqué, le malade se contente d'affirmer ses idées hypochondriaques, sans les raisonner, les discuter à perte de vue comme l'hypochondriaque ordinaire.

De plus, dans la paralysie générale ce sont des idées d'un caractère spécial : le malade n'a plus de bouche, de tête, de ventre, de cerveau, etc. ; il se décompose, tombe en pourriture. Il devient tout petit et tout diminue autour de lui (micromanie). De plus les signes somatiques, qui n'existent pas

dans l'hypochondrie simple, sont ici très accusés.

4° **Démence simple.** — Elle est toujours consécutive et non primitive, comme celle de la paralysie générale. Elle succède au délire et ne le précède pas. Dans la démence vésanique, le délire ancien laisse toujours quelques vestiges de sa nature (mystique, mélancolique, de persécution, hypochondriaque), tandis qu'il n'en est pas ainsi dans la paralysie générale (Voy. *Démences*).

5° **Démence sénile.** — Quoique la paralysie générale puisse se rencontrer à une époque tardive, c'est un fait rare. La démence sénile se distingue de la démence paralytique des vieillards parce que : les troubles de motricité sont plutôt paralytiques qu'ataxiques ; l'hémiplégie est fréquente ; les tremblements fibrillaires font défaut; la parole est empâtée, confuse, sans hésitation spéciale; le délire ambitieux est rare, et les idées mélancoliques ou de persécution sont les plus fréquentes ; la mémoire des faits anciens est conservée très longtemps, et surtout en ce qui concerne les occupations habituelles des malades. Les phénomènes oculo-pupillaires manquent enfin.

D. Diagnostic de la paralysie générale a forme circulaire.

Folie circulaire. — Nous avons vu plus haut le diagnostic entre l'excitation maniaque symptomatique de folie circulaire et la paralysie générale à double forme. Il est donc inutile d'y revenir.

Mais il est des cas où des rémissions survenant assez régulièrement dans une forme expansive et s'accompagnant d'un affaiblissement intellectuel qui peut passer pour de la dépression, le diagnostic peut se poser entre les deux affections. L'âge du sujet, le mode de début, le fond de démence primitive, l'amnésie, les troubles somatiques, suffisent ordinairement pour lever le doute dans ces cas, du reste assez rares.

DU PRONOSTIC EN GÉNÉRAL

Nous avons vu, chemin faisant, à propos des différentes idées délirantes et des divers symptômes de tous ordres qu'on peut rencontrer chez les aliénés, leur pronostic isolé et le degré de gravité qu'ils présentent dans les diverses aliénations. Mais si l'étude particulière de ces phénomènes est un élément important de pronostic dans chaque maladie mentale spéciale, il s'en faut que le pronostic général de la folie ait cette seule base.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un aliéné en ville, on a à répondre à trois questions que la famille ne manque jamais de vous poser : 1° *Cela guérira-t-il?* 2° *Combien de temps faudra-t-il?* 3° *Que faut-il faire?* La dernière question, qui est d'ordre pratique est, il faut bien le dire, une de celles qui préoccupent le plus les familles, et dépend de la solution qu'on donne aux deux autres. La question d'argent intervient forcément ici, et le médecin appelé à donner un conseil doit en tenir compte. Une famille qui sait que la maladie de son parent est guérissable, quoique devant durer assez longtemps, pourra faire des sacrifices pour le faire traiter dans les meilleures

conditions désirables. Si malgré son bon vouloir ses ressources ne lui permettent pas d'aller jusqu'au bout du traitement, il est préférable de ne pas l'engager dans des frais qui seront en pure perte, puisqu'à un moment donné, elle sera obligée de transférer son malade dans un établissement public, qui, en contrastant comme milieu avec son caractère et son éducation, aurait plutôt mauvaise influence sur le cours de l'affection mentale. Ces considérations d'ordre intime ne sont pas inutiles, car on saura gré au médecin d'avoir évité des frais inutiles de traitement pour en arriver à faire ce qu'on voulait précisément éviter au malade. S'il s'agit d'un malade dont la guérison ne présente que peu ou pas de chances, qui est chronique d'emblée, comme un persécuté ou un paralytique général ou un aliéné circulaire, il faut encore se prononcer le plus tôt possible, de façon à prendre les dispositions que la sécurité du malade et de l'entourage réclame, mais qui peuvent être variables. Un simple dément, par exemple, s'il n'est pas dangereux, n'aura pas besoin d'être placé dans un établissement spécial, si la famille peut le mettre à la campagne, ou le garder chez elle à moins de frais.

Ces données générales varient évidemment suivant le genre de gens auxquels on a affaire. Mais il ne faut pas perdre de vue que le public est toujours disposé à mal juger les médecins quand il s'agit de soins à donner aux aliénés, que les familles d'aliénés, assez mal équilibrées, elles aussi, sont plus que toutes autres portées à croire qu'en faisant

placer un malade dans une maison de santé, le médecin y trouve son intérêt. Aussi lorsqu'on a des raisons de croire à quelque suspicion de la part d'une famille, ou qu'on ne peut pas répondre d'une manière suffisamment affirmative, dans le cas où les trois questions citées plus haut entraînent, suivant leur solution, des dispositions très différentes de la part de la famille à l'égard de son malade, le plus sûr et le plus prudent est-il de dégager complètement sa responsabilité en appelant à son secours un médecin spécialiste pour se prononcer.

Tout le pronostic se résume en médecine mentale en deux points : Guérison ou chronicité ? La question de la durée n'est que secondaire, quelque importance pratique qu'elle puisse avoir. Il ne faut pas la négliger toutefois, mais on doit reconnaître que c'est la plus difficile à trancher, et ce n'est le plus souvent qu'au cours du traitement qu'on peut l'aborder avec quelque chance de certitude, ou pour mieux dire de probabilité. Tant d'éléments entrent en jeu dans le pronostic de l'aliénation mentale, et un si grand nombre d'entre eux ne sont susceptibles d'aucune mesure même approximative, ou échappent au médecin, soit que l'information soit impossible, soit qu'on la lui fausse, que c'est une chose des plus délicates. Bien souvent c'est une affaire d'impression première, de flair, pour nous servir d'une expression vulgaire, et l'on comprend dès lors combien est précieux l'avis d'un homme expérimenté.

Nous allons chercher à mettre un peu d'ordre dans ce sujet assez négligé ordinairement et insister

de préférence, comme nous l'avons toujours fait jusqu'ici, sur les points les plus communs et les plus importants, qui sont aussi les plus susceptibles d'être résumés en quelques préceptes généraux.

Deux choses sont à considérer pour établir le pronostic : 1° le malade; 2° la maladie. Si nous groupons ensuite les éléments du pronostic, de façon à en donner une idée générale, nous avons le tableau suivant, qui nous servira de guide pour les développements qui vont suivre.

Tableau synoptique du pronostic.

1° Le malade. — Hérédité.

Dégénérescence héréditaire ou acquise.

État physique : *Antécédents personnels.*
Age.
Sexe.
Puberté.
Grossesse, accouchement, lactation.
Ménopause.
Névroses : *Épilepsie.*
Hystérie.
Neurasthénie.
Chorée.
Goitre exophthalmique.

Infections et intoxications : *Syphilis.*
Alcoolisme.
Morphinomanie.
Cocaïnisme.

Maladies organiques : *Folies dites symphathiques.*
Maladies débilitantes : *Fièvres graves.*
Paludisme.
Tuberculose.
Rhumatisme.
Myxœdème, etc.

État moral et intellectuel : Développement antérieur.
Éducation.
Caractère antérieur.
Causes morales.

2° **La maladie.** — Évolution : *Début.*
Progression.
Durée antérieure au traitement.
— *postérieure* —

Caractères du délire : *D'emblée.*
Par accès.
Alternant.
Rémittent.
Impulsif.
Systématisé.
Incohérent.

Caractères des idées délirantes.

Signe de convalescence.
— de chronicité.
Crises et phénomènes critiques.
Influence des affections intercurrentes.
Rémissions.
Récidives.
État mental en dehors des phénomènes délirants.

Transformations morbides.
États conscients.
— inconscients.
— obsédants.
— impulsifs.

Phénomènes d'ordre nerveux surajoutés ou concomitants.
Complications.

1° Pronostic d'après les conditions du malade.

Hérédité et dégénérescence. — Un des gros éléments de pronostic est l'hérédité, névropathique ou vésanique. On confond trop aujourd'hui l'hérédité et la dégénérescence. Ce sont cependant deux choses

bien distinctes. S'il est vrai que la dégénérescence héréditaire est la plus fréquente, on doit reconnaître que la dégénérescence est souvent acquise. Il faudra donc dans la question du pronostic apprécier distinctement ces deux choses.

Les aliénations héréditaires — et elles le sont presque toutes — guérissent assez bien momentanément, mais le pronostic absolu est toujours mauvais, car elles sont éminemment sujettes à des rechutes, et au bout d'un certain temps deviennent incurables.

Lorsqu'il y a dégénérescence marquée chez le sujet, il y a de grandes probabilités d'incurabilité et de chronicité. Au point de vue du pronostic absolu elles sont de très mauvais augure. Au point de vue du pronostic relatif cela dépend surtout de la forme morbide. Plus la dégénérescence est accusée, plus l'hérédité est chargée, et plus le pronostic doit être réservé, même dans les formes franches.

Certaines formes se retrouvent identiquement les mêmes chez les ascendants et les descendants. Il est utile de s'en enquérir chez les premiers. C'est ainsi que la mélancolie se rencontre souvent dans deux générations successives. Or si l'on apprend que chez l'ascendant elle a été accompagnée d'idées de suicide, on doit d'autant plus s'en défier, alors même que le cas qu'on observe chez le descendant n'en présente encore aucune trace.

Le suicide sous forme impulsive (Voy. *Idées de suicide* (est encore fréquemment observé, quelquefois

dans plusieurs générations successives, et frappe souvent les individus au même âge (hérédité homochrône). Au point de vue des précautions à prendre il n'est donc pas indifférent d'être ou non renseigné sur les antécédents héréditaires du sujet.

L'alcoolisme, la paralysie générale, les aliénations chroniques chez les ascendants imposent un pronostic très sérieux pour la folie qui se présente chez les descendants, à cause de la profonde dégénérescence qui en résulte ordinairement pour eux.

A défaut de renseignements sur les antécédents héréditaires — qu'on doit toujours rechercher — on est obligé de s'en référer aux stigmates de dégénérescence que nous avons exposés plus haut (p. 17), et aux antécédents personnels du malade.

Antécédents personnels. — Il faut rechercher les convulsions dans l'enfance, la chorée, l'hystérie, les traumatismes craniens, le somnambulisme, les peurs nocturnes, les fièvres graves, la fièvre typhoïde surtout, avec ses formes et ses complications.

Age. — A moins qu'il ne s'agisse d'imbécillité, d'idiotie, d'épilepsie, le jeune âge est en général plus favorable à la guérison. C'est surtout de vingt à trente ans que l'on a le plus de chances de guérir. L'affaiblissement physique est de moins bon augure qu'une bonne constitution ; c'est pourquoi la folie de la vieillesse est toujours plus mauvaise.

La folie de la puberté a un pronostic très variable suivant la forme. Mais elle est toujours très grave

au point de vue de l'avenir, car elle dénote chez le sujet une tendance précoce au délire, qui a bien des chances de reparaître plus tard sous la moindre influence. Elle revêt souvent la forme impulsive avec tendance au suicide, à l'homicide, à la pyromanie, etc. et est très dangereuse quelquefois. Elle se termine fréquemment par de l'affaiblissement intellectuel, et même de l'imbécillité. Les enfants qui en sont atteints ont ordinairement des antécédents héréditaires très chargés.

Chez les jeunes filles elle paraît moins grave que chez les jeunes garçons. Elle est plus souvent liée chez elles à une suppression brusque des règles qu'à leur établissement et dans ce cas elle guérit ordinairement bien. Il faut dire du reste qu'elle revêt souvent alors la forme hystérique. Mais il faut se défier de voir reparaître à chaque époque menstruelle une phase de délire avec impulsions, bizarreries, incohérence de langage, perversions morales, etc. Ce n'est que lorsqu'on aura vu passer plusieurs époques cataméniales sans accidents qu'on pourra affirmer la guérison définitive.

La *menstruation*, en dehors même des cas où la folie est liée à ses troubles ou à son établissement, est toujours une cause d'aggravation dans les phénomènes délirants. Dans les cas chroniques au contraire elle amène quelquefois une détente momentanée. Dans les cas graves elle se supprime ordinairement. Nous verrons sa valeur au point de vue de la convalescence et de la chronicité.

La *ménopause* est souvent une cause déterminante

de folie — de mélancolie le plus souvent — et est plutôt une cause aggravante. Par contre on observe quelquefois que des cas d'aliénation relativement anciens s'améliorent ou guérissent, même lorsque la ménopause est complètement terminée. Mais dans ces cas on peut se demander si la folie n'était pas liée au début de la ménopause et guérie par conséquent avec la suppression de sa cause.

Quant aux cas survenus avant le début de la ménopause, ils sont plutôt aggravés qu'améliorés par celle-ci, qui, ajoutant ses troubles nouveaux aux anciens, fait passer la maladie à la chronicité.

En résumé la ménopause favorise le développement de l'aliénation mentale et n'a guère d'influence sur sa curabilité.

Accouchement, lactation, grossesse. — Ces trois états déterminent fréquemment la folie — qui porte d'une manière générale le nom de folie puerpérale quelle qu'en soit la variété. — Les deux tiers à peu près de ces cas surviennent à la suite de l'accouchement ; un tiers à peu près pendant la lactation, et le reste pendant la grossesse.

Après l'accouchement c'est surtout la manie qu'on voit éclater, soit dans les trois ou cinq premiers jours après, soit au moment du retour de couches. Chez les nourrices elle apparaît le plus souvent vers la quatrième ou la sixième semaine. Après le sevrage elle se montre surtout au moment du retour des règles.

La manie, qui peut durer très peu de temps, peut

aussi se prolonger pendant six ou huit mois. La moyenne est de trois à quatre mois.

La mélancolie puerpérale, liée surtout aux causes débilitantes telles que hémorrhagies, débilitation pendant la grossesse, parturition pénible, à un état d'épuisement organique en somme, comporte un pronostic beaucoup plus sombre que la manie. Car il y a de fréquentes idées de suicide.

La folie de la grossesse apparaît le plus souvent pendant les trois derniers mois et revêt plutôt la forme mélancolique que la forme maniaque. Il ne faut pas trop compter sur l'accouchement pour enrayer ou atténuer les troubles psychiques. Bien souvent au contraire il les aggrave.

L'âge avancé de la femme, son mauvais état mental pendant la grossesse, une lourde hérédité, un accès de folie antérieur, sont autant de raison d'aggravation du pronostic.

Sexe. — Quoique cela n'ait pas une importance bien grande, il faut reconnaître cependant que les guérisons se produisent plus facilement et plus promptement chez les femmes que chez les hommes. Mais, par contre, les récidives sont plus fréquentes chez les femmes. La mortalité est plus forte chez les hommes, ce qui tient vraisemblablement à la plus grande fréquence de la paralysie générale et des délires aigus chez eux.

Saisons. — L'été paraît prédisposer au développement de la folie. Il incite également à l'agitation. L'automne est plutôt la saison des guérisons.

Névroses. — Les délires liés à l'hystérie, à l'épilepsie, à la chorée, ne sont pas très graves en général. L'aliénation se développant sur un fond neurasthénique ancien est, au contraire, de mauvais aloi. Elle semble alors l'aboutissant d'un état chronique d'épuisement nerveux et il y a par conséquent une grande probabilité pour la chronicité de cet état.

Infections ou intoxications. — L'aliénation qui se développe à la suite de fièvres graves comporte des pronostics variables.

Dans l'impaludisme on peut observer, à côté du délire accompagnant l'accès intermittent, de la folie au moment de la convalescence, sous forme de stupidité ou de manie, dont le pronostic n'est pas grave en général. Mais on peut observer également des troubles intellectuels chroniques chez d'anciens paludéens, consistant surtout dans de l'affaiblissement intellectuel, une sorte de démence, qui simule parfois, mais de loin, la paralysie générale.

A la suite de la *fièvre typhoïde*, on observe assez fréquemment la folie soit immédiatement après, soit pendant la convalescence (Voy. p. 139, 217). La folie de la convalescence se présente sous forme de mélancolie le plus souvent, ou de manie, ou de stupeur. Elle est ordinairement peu grave, toutefois on doit savoir que, même chez les jeunes sujets, elle a fréquemment des allures démentielles, qui, même quand elle guérit, laissent derrière elles un certain degré d'affaiblissement intellectuel, portant surtout sur la mémoire, état qui persiste et peut être assez

marqué pour empêcher l'individu de reprendre ses fonctions sociales.

La fièvre typhoïde peut entraîner aussi, soit dès le début, soit dans son cours, des troubles intellectuels véritablement vésaniques. Au début, le délire revêt plutôt la forme de mélancolie active. Dans la période d'état c'est plutôt la forme maniaque qui se montre. La première est de mauvais augure, la seconde est au contraire d'un pronostic moins grave.

Dans le cours du *rhumatisme aigu*, on peut voir survenir une véritable folie (Voy. p. 139, 216). Si elle survient pendant le cours même de l'accès elle peut se substituer aux accidents articulaires et alterner avec eux. Elle revêt la forme maniaque pendant le cours de l'accès, et au contraire la forme mélancolique pendant la convalescence.

Elle guérit dans 60 p. 100 des cas, mais rarement d'une façon complète. L'obtusion intellectuelle qui en est la note dominante, comme dans la fièvre typhoïde persiste souvent à la suite. Les récidives sont toujours à craindre à chaque récidive de rhumatisme.

La mort peut survenir, mais alors non du fait de la folie, mais des complications cérébrales, du rhumatisme cérébral en un mot (Voy. p. 216).

On observe encore l'aliénation mentale liée à l'*influenza*. Elle se montre surtout dans la convalescence sous forme de stupidité, le plus souvent, ou de mélancolie. Elle est ordinairement assez longue à guérir, et laisse pendant longtemps derrière elle un peu d'obtusion intellectuelle.

La folie liée à la *phtisie pulmonaire*, folie tuberculeuse de certains auteurs, est rare et n'a pas grande importance. Ce qui est utile à connaître, c'est surtout la fâcheuse influence réciproque que l'aliénation mentale et la tuberculose ont l'une sur l'autre.

L'aliénation mentale liée aux *infections* et aux *intoxications* (syphilis, alcoolisme, cocaïnomanie, etc.) ayant été étudiée à part, nous n'y reviendrons pas ici.

Les délires liés aux *excès sexuels*, à l'onanisme surtout, sont très fréquemment incurables et mènent à la démence.

Mais ce n'est pas tout de constater dans quelles conditions le sujet se trouvait quand la folie est survenue. Il importe encore de savoir comment il est à l'état habituel, quel est son développement intellectuel et moral; car, en ce qui concerne le développement physique, nous avons vu quels étaient les signes de dégénérescence qu'on devait rechercher, et qui occupent le crâne et la face.

Il est en effet de première nécessité d'être renseigné sur l'enfance de l'individu, la façon dont il s'est comporté à l'école, la manière dont il s'est conduit dans la vie militaire, les professions qu'il a embrassées, l'instabilité qu'il a pu présenter dans leur choix et dans leur pratique, le caractère gai, sombre, défiant, jaloux, soupçonneux, irritable, vindicatif, etc. qu'il avait, ses goûts, ses tendances. Ces détails permettent souvent non seulement de

porter un diagnostic, mais surtout un pronostic. Il s'agit souvent en effet de se demander si on a affaire à un délire de dégénérés ou à une forme franche. Si d'une part il arrive fréquemment que les délires survenant chez des dégénérés guérissent assez rapidement, d'autre part il faut bien reconnaître qu'au point de vue de la thérapeutique psychique on est beaucoup moins bien armé contre eux, et que lorsqu'ils atteignent la durée moyenne assignée à la guérison des délires francs, ils cessent d'avoir autant de chances de guérison que ces derniers.

Les troubles psychiques que les enfants ont présentés au moment de la puberté sont également très importants à relever. Ils montrent en effet l'anomalie précoce du fonctionnement cérébral du sujet.

Enfin si le délire est une simple exagération du caractère, c'est d'un très mauvais augure. Tel est le délire de persécution, surtout celui des persécutés persécuteurs ; telle est aussi la folie morale.

D'autre part, la connaissance du caractère antérieur du malade nous explique souvent certaines particularités qui ne concordent pas avec le type de son délire, et pourraient faire porter un pronostic plus mauvais si on ne savait pas qu'elles lui sont antérieures.

Enfin il faut s'enquérir avec soin des causes probables de l'affection. Les aliénations morales guérissent mieux que celles de cause organique, et d'un autre côté les causes morales persistantes sont plus défavorables que celles qui ont agi d'une façon

brusque. Les causes traumatiques amènent souvent une issue fatale.

Si plusieurs causes entrent en jeu, le pronostic en est d'autant plus sérieux. Il en est de même si, entre la cause et le début apparent de la maladie, il a existé un long intervalle. Il faut en effet remonter souvent assez loin dans le passé pour retrouver la cause première du délire. C'est ce qui arrive, par exemple, fréquemment, dans la mélancolie.

Lorsque la cause persiste encore au moment où la maladie éclate, la guérison est plus difficile à obtenir, car on on peut pas dire ici : *sublata causa, tollitur effectus*. Quoique cet adage ne soit pas de règle en aliénation mentale, il n'en est pas moins vrai que dans les formes morales, il est plus facile de raisonner un malade quand on peut lui démontrer que ce dont il s'afflige ou s'irrite n'existe plus. En outre, si on est parvenu à faire disparaître l'affection mentale, la cause persistant toujours, il est à craindre qu'il n'y ait, sinon récidive, au moins légère rechute, qui empêche la complète guérison pendant longtemps.

2° Pronostic d'après les conditions de la maladie.

Les éléments de pronostic tirés de l'état du malade et des causes inhérentes ou étrangères à lui étant ainsi examinés, on doit maintenant considérer la maladie elle-même pour porter un pronostic définitif.

Il y a deux cas à considérer, suivant qu'on doit se prononcer : A) au début de la maladie, ou B) alors qu'elle dure déjà depuis un certain temps. On est ainsi amené à se baser sur les différents points suivants :

1° *Le mode d'invasion de la maladie;*
2° *Le mode de progression;*
3° *La durée antérieure au traitement;*
4° *Les caractères du délire ;*
5° *Les caractères des idées délirantes elles-mêmes.*

A. 1° **Mode d'invasion de la maladie.** — Lorsque le début est brusque, c'est une circonstance très favorable à la guérison. C'est ainsi que débutent le délire hystérique, le délire épileptique, les délires d'emblée des dégénérés, les délires toxiques, etc. Une exception est à signaler cependant pour la paralysie générale qui, dans certains cas, peut débuter d'une façon subite par un accès d'excitation maniaque ou une attaque épileptiforme.

Lorsque la maladie est précédée ou accompagnée d'affaiblissement de l'intelligence, il faut se méfier qu'elle aboutisse à la démence ou à un état chronique.

Au point de vue moral, la perte précoce du sentiment des convenances, de la pudeur chez la femme, de la délicatesse en matière de probité, est de très mauvais augure.

2° **Mode de progression de la maladie.** — Lorsque la maladie évolue rapidement et atteint son maximum en peu de jours, le pronostic est en géné-

ral favorable. Si elle augmente au contraire lentement, progressivement, il faut redouter une très longue durée et par conséquent la possibilité de la chronicité ou même de la démence si le sujet est délibité ou âgé.

Lorsqu'après avoir atteint son acmé, puis décliné légèrement, la régression s'arrête, en quelque sorte sans raison, il faut encore redouter la chronicité. Nous y reviendrons à propos des signes de cette dernière.

3° **Durée antérieure au traitement.** — On ne saurait trop insister sur l'importance qu'il y a, au point de vue des chances de guérison, à agir vite, c'est-à-dire le plus souvent à interner dès le début le malade. On hésite souvent; les médecins eux-mêmes temporisent quelquefois, essayent de la campagne, des voyages, de différents moyens médicamenteux, et ce n'est que devant l'aggravation, la persistance du mal, ou un phénomène inquiétant, comme une tentative de suicide, qu'on se décide enfin à intervenir.

On ne saurait trop répéter que plus on agit vite, plus les chances de guérison augmentent, et comme dans cette matière il ne s'agit pas seulement de convaincre le médecin, mais que c'est à lui de convaincre la famille du malade, voici des chiffres qui pourront servir de base à ses conseils et à ses affirmations.

Le fait est si bien reconnu qu'en Suisse, à Musterlingen, dans le canton de Thurgovie, les malades internés dans le courant des six premiers mois de

l'affection sont exemptés du payement de leur pension. D'autre part, le Dr Bagenoff, médecin de l'asile d'aliénés de Riazan, a observé que plus les districts étaient éloignés de Riazan, et plus par conséquent on attendait pour interner les malades, moins il y avait de guérisons. Tandis que dans le district de Riazan le nombre des guérisons était de 21,2 p. 100, dans les districts avoisinants il n'était plus que de 7,7 p. 100, et enfin de 5,8 p. 100 pour les districts éloignés. Par contre, les crimes commis par les aliénés étaient en proportion inverse, ce qui se comprend aisément, soit 4,1 p. 100 à Riazan, 6,7 p. 100 dans les districts voisins, et 16,5 p. 100 dans les districts éloignés.

Ces chiffres sont suffisamment éloquents pour démontrer que les chances de guérison sont en quelque sorte en raison directe de la précocité de l'internement. J'ai observé pour ma part que des mélancoliques, dont le premier accès pris tardivement avait mis plusieurs mois à guérir, étaient guéris en deux et trois fois moins de temps lorsqu'un second accès les prenant, ils étaient immédiatement isolés, alors qu'on sait que plus les accès se répètent et plus ils ont de chances de se prolonger.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'un cas déjà ancien comme début, et qui est stationnaire, on devra faire les plus grandes réserves sur le résultat du traitement, et en tous cas sur la durée de ce traitement, qui est presque toujours alors assez long.

Une autre circonstance aggrave le pronostic :

c'est la récidive. Si l'on a affaire à certaines affections qui sont essentiellement récidivantes, comme la mélancolie, on peut n'être pas trop inquiet, tant qu'il s'agit d'un sujet jeune, et que les accès antérieurs se sont toujours présentés avec les mêmes caractères. Mais si le sujet est âgé et a eu son premier accès longtemps auparavant; si surtout on n'est pas intervenu dès le début, il faut se défier de la chronicité et de la démence consécutive.

4° **Caractères du délire.** — Il y a lieu de considérer ici : *a*) l'intensité du délire; *b*) sa généralisation ; *c*) sa forme; *d*) l'état de conscience qui l'accompagne.

a) *Intensité du délire.* — Plus un délire est aigu, plus il est franc et répond au type classique, plus les manifestations sont de même nature, plus il a de chances de guérir. Si on voit des idées diverses se mélanger, idées de persécution, idées de grandeur, idées hypochondriaques, etc., le délire se transformer d'un jour à l'autre, c'est d'un mauvais augure. Plus le délire a eu un début brusque, plus il a rapidement atteint son maximum, et plus la guérison est probable.

b) *Généralisation du délire.* — Les délires généraux sont préférables aux délires partiels. Ces derniers sont presque toujours incurables. Ce sont des délires à évolution systématique le plus souvent.

Les délires généraux, quand ils sont un peu limités, quand le cercle des idées délirantes est restreint, ont moins de chances de guérir. On a sou-

vent affaire alors, du reste, à des malades atteints de débilité mentale, sur lesquels le traitement a peu d'action.

Il faut dire cependant que tous les délires systématisés ne sont pas chroniques. Il existe en effet des délires systématisés dus à des intoxications comme l'alcoolisme, ou des délires d'emblée qui surviennent chez les débiles et dont le pronostic est bon, si on ne considère que celui de l'accès lui-même.

c) *Forme du délire.* — Les formes franches, avons-nous dit, sont les meilleures. Les formes alternantes, intermittentes, périodiques, sont chroniques. Les formes rémittentes, du fait même que les rémissions ne sont pas des guérisons, indiquent qu'on a affaire à une affection incurable.

d) *État de la conscience.* — Les formes avec conscience du délire surviennent chez des dégénérés, héréditaires ou non, et sont les plus rebelles et les moins curables. On a bien des rémissions, mais exceptionnellement guérison complète. Telles sont les impulsions, obsessions, manie raisonnante, folie lucide, folie morale, etc. D'autres fois, dans les formes inconscientes, la confusion des idées est toujours d'un mauvais pronostic. Il faut distinguer entre la confusion des idées et la fuite des idées. Chez les maniaques, par exemple, on observe ce dernier phénomène. Mais si, souvent, leurs discours paraissent incohérents, c'est qu'on ne saisit pas tous les liens d'association des idées entre elles, association qui se fait par des ellipses qu'on n'a pas le temps de

saisir. Le délire peut être beaucoup moins actif en apparence et cependant beaucoup moins incohérent. Au lieu que les idées se succèdent avec rapidité elles ont au contraire peu de lien entre elles ; elles ne se formulent pas nettement dans l'esprit du malade qui est le jouet d'illusions continuelles. Le langage subit forcément le contre-coup de cet état : il devient hésitant, avec des suspensions entre les mots, les membres de phrases. Les malades vont, viennent, touchant à tout et ne faisant rien, comme s'ils rêvaient, et on a toutes les peines à leur tirer quelques mots de réponse aux questions qu'on leur adresse, et qu'ils répètent quelquefois plusieurs fois sans avoir l'air de les comprendre.

5° **Caractères des idées délirantes.** — Nous n'insisterons pas sur ce point, que nous avons examiné longuement à propos de la séméiologie de chaque variété d'idées délirantes. Rappelons seulement ici leur pronostic par ordre de gravité, et distinguons deux groupes :

a) Gravité immédiate soit pour l'individu, soit pour l'entourage ; *b*) gravité pour l'avenir.

a) *Gravité immédiate ;*

Idées de suicide ;
Impulsions homicides ou violentes ;
Obsessions.

b) *Gravité pour l'avenir ;*

Idées de persécution ;
— de grandeur ;

Idées mystiques;
— de négation;
— hypochondriaques;
— mélancoliques.

B) Une fois la maladie en cours de traitement, on a encore à se prononcer sur le pronostic, et cette fois avec des données plus certaines, puisqu'elles reposent sur l'évolution. On a à examiner ici : 1° la durée depuis le commencement du traitement; 2° les transformations du délire, ses modifications sous l'influence du traitement, soit en bien, soit en mal (rémissions, intervalles lucides, exacerbations, alternances, état stationnaire); 3° les signes de convalescence; 4° les signes de chronicité.

Quoique ces questions intéressent moins le médecin praticien, elles ont cependant avantage à être étudiées puisque, de ce fait, il pourra répondre aux questions que ne manqueront pas de lui poser la famille qui le tiendra au courant de l'état de son malade.

1° Durée depuis le commencement du traitement. — Plus une maladie dure, moins elle a de chances de guérison. Pour les formes curables, c'est dans les six premiers mois que la guérison se produit le plus souvent. La manie qui persiste plus de six à neuf mois risque, dans la moitié des cas, de devenir incurable. Il en est de même de la mélancolie. C'est à partir du troisième ou quatrième mois qu'on doit observer la guérison ou la tendance à la guérison dans ces deux formes. Lorsqu'il y a eu des

tendances au suicide, du mutisme, du refus d'alimentation, de la stupidité, des hallucinations intenses, la guérison n'en survient pas moins, mais se manifeste plus tardivement, vers la fin du troisisième ou quatrième trimestre de traitement seulement.

Dans la deuxième année les chances de guérison sont six fois moindres et même moins encore que dans le premier trimestre. Après trois et quatre ans la curabilité est exceptionnelle.

2° **Modifications du délire.** — Tout symptôme étranger au type de l'affection est de mauvais augure. Telle est l'apparition d'idées contradictoires, et surtout les modifications continuelles d'allure générale, survenant quelquefois d'un jour à l'autre, le malade docile aujourd'hui, étant indocile le lendemain. L'apparition de la gaieté au milieu d'un délire triste, et inversement, doit faire craindre le passage à la chronicité. Tout ce qui est atypique doit inspirer des craintes.

En règle générale les transformations morbides indiquent quelque chose d'anormal et une tendance à la chronicité. C'est ainsi que la folie circulaire est incurable d'emblée. De même l'apparition de l'automatisme, des actes réflexes, d'actes épileptiformes, dans le cours d'une affection chronique, est d'un caractère alarmant.

Rémissions et intervalles lucides. — Il faut distinguer les intervalles lucides qui apparaissent comme premiers symptômes de guérison et ceux qui cons-

tituent de véritables rémissions, comme on en observe dans la paralysie générale.

Il y a, comme dit Guislain, de bons et de mauvais intervalles. Les bons intervalles, qui annoncent la convalescence, se préparent de loin, courts d'abord et espacés, puis de plus en plus longs et rapprochés. Mais ce qui les caractérise, au point de vue pronostique, ce n'est pas tant la lucidité intellectuelle que l'amélioration morale, le calme de la physionomie, de l'attitude, du regard, un je ne sais quoi de normal.

Les mauvais intervalles, au contraire, sont marqués par une simple suspension dans les actes, et n'indiquent que la préparation d'un nouvel accès, souvent plus violent.

Dans la mélancolie et la manie il se produit quelquefois dans les premiers jours, au moment de la progression de la maladie, des moments de bien-être qui n'ont pas de signification spéciale au point de vue pronostique. Mais ils sont fàcheux en ce sens qu'ils trompent le médecin et la famille, en faisant espérer que la maladie va tourner court, et empêchent ainsi de la traiter aussi radicalement qu'il le faudrait. C'est alors qu'on conseille les voyages, les distractions, etc., qui épuisent le reste des forces morales du malade. Nous y reviendrons, au traitement.

Les intervalles lucides qui s'observent dans le cours du délire aigu sont de très mauvais augure. Ils annoncent souvent une brusque rechute avec aggravation et issue fatale.

Dans les cas aigus, les rémittences qui ont lieu, à la période de déclinaison, sont rassurantes.

Exacerbations. — Elles se rencontrent dans toutes les formes d'aliénation. Au cours de la manie, de la mélancolie, pendant la phase de croissance, elles n'annoncent rien d'inquiétant. Dans la mélancolie suicide les exacerbations souvent imprévues doivent être bien connues pour que toutes les précautions soient toujours prises.

Crises. — Elles sont exceptionnelles. Nous n'y insisterons donc pas. On ne les observe guère que dans la manie et dans la mélancolie. La plupart des signes critiques qu'on a donnés ne sont pas des phénomènes critiques, à proprement parler, mais la conséquence même de l'amélioration. La transpiration dans la manie est un signe de convalescence. Il en est surtout ainsi dans la mélancolie, où toutes les sécrétions sont taries. Le retour de la menstruation indique, de même, que les fonctions organiques reprennent leur équilibre. Il en est de même des hémorrhoïdes. Les paroxysmes cessent souvent avec une crise de larmes.

Les abcès autour des ongles, les furoncles, anthrax, etc., sont d'un bon augure dans la manie et la mélancolie.

3° **Signes de convalescence.** — On doit surveiller avec grande attention l'apparition de ces moindres signes.

Avant de se manifester dans la sphère physique, ils se montrent d'abord dans le moral. Et ces modifications du moral, qui sont les plus importantes, sont aussi les plus délicates à saisir. Il faut vivre

continuellement auprès des malades pour constater l'amélioration dès qu'elle se produit. Et, pour peu qu'on y soit habitué, on peut prédire, dès longtemps avant que rien en apparence n'en témoigne, le retour à la santé. La terminaison progressive vaut mieux que le retour brusque à la raison. Celui-ci n'est de bon augure que dans les délires d'accès et les bouffées délirantes, ou les délires névropathiques. S'il s'agit d'une forme à évolution lente, une terminaison trop rapide indique plutôt une guérison incomplète, et quelquefois même une rechute plus grave. Souvent un apaisement brusque, comme dans la manie, indique le passage à l'intermittence, c'est-à-dire l'incurabilité. Dans la mélancolie elle est souvent le présage de la confusion mentale, du délire aigu même.

Les phénomènes favorables doivent être distingués en trois groupes : physiques, intellectuels et moraux.

Phénomènes physiques. — Ce sont le retour de l'appétit, du sommeil, de la menstruation, de la transpiration, des sécrétions, l'augmentation de poids, mais avec cette restriction que tous ces changements soient accompagnés d'amélioration dans l'état mental. Sinon ce sont des signes de chronicité.

Signes intellectuels. — Il y a diminution des idées délirantes, en général sous le rapport de leur intensité, mais non pas de leur nombre, ce qui constituerait au contraire le rétrécissement du champ du délire et, par suite, un signe de mauvais augure. Les

hallucinations diminuent également de fréquence et d'intensité. Le malade parle moins de ses idées délirantes. Il semble y avoir moins de conviction, et il commence à s'intéresser à d'autres sujets.

Signes moraux. — Il reprend goût à sa toilette, revient à ses anciennes habitudes, et devient même souvent plus exigeant; il désire reprendre sa vie antérieure. Son regard est calme et bienveillant. Il écoute plus volontiers les conseils, les encouragements. On sent que le doute au sujet de ses idées commence à pénétrer dans son esprit, sans que cependant son intelligence s'affaiblisse le moins du monde. Ses affections reparaissent. Il s'informe de sa famille, de ses amis, reparle d'eux, fait des projets pour son retour au milieu d'eux.

Le retour du raisonnement n'annonce pas la guérison, surtout lorsqu'il a lieu brusquement, et que l'état moral ne se modifie pas. L'aliénation mentale étant le plus souvent une maladie de la sensibilité, du moral, ce sont les troubles de cet ordre qui sont les plus importants à considérer.

La gaieté, même au début de la folie, est toujours de moins bon augure que la tristesse, et quand elle survient à une période où la maladie paraît stationnaire, elle présage souvent la chronicité ; et, quand elle survient une fois que l'affection est chronique, elle indique ordinairement une aggravation.

4° **Signes de chronicité.** — La multiplicité des rechutes diminue de plus en plus les chances de guérison de la maladie.

La durée de la maladie est le signe le plus caractéristique de la chronicité. Au delà de deux ans la guérison est rare ; au delà de quatre elle est exceptionnelle. La chronicité s'annonce par un état stationnaire se produisant à la période où précisément la convalescence devrait se montrer, en même temps que le délire se circonscrit, perd de son activité, que les fonctions organiques (sommeil, appétit, sécrétions) redeviennent normales, et que le poids du corps augmente. Il se produit même souvent une adipose rapide.

Le grincement de dents, l'hésitation de la parole, le crachottement continuel, le gâtisme, indiquent le passage, non seulement à la chronicité, mais à la démence.

Les irrégularités dans le caractère, les emportements sans motif, les alternatives de rires et de pleurs, les désirs exagérés et déraisonnables, la loquacité alternant avec le mutisme, l'incohérence, la perte de la mémoire, sont aussi des indices de démence. Le malade devient incapable de travailler, de vouloir. L'automatisme se développe.

Complications. — Mais ce n'est pas tout encore de constater les signes qui peuvent survenir spontanément pour indiquer les tendances définitives d'un délire à évoluer dans un sens ou dans l'autre. Il existe encore des cas où des complications surviennent du fait de conditions étrangères au délire, et qui ont cependant, sur la marche générale de l'affection mentale et même sur le pronostic au point de

vue de l'existence, une importance considérable. Nous ne ferons que les mentionner rapidement.

Crises hystériques ou épileptiques ;
Attaques apoplectiformes ou épileptiformes ;
Fièvre ;
Affections pulmonaires aiguës, tuberculose ;
Affections cardiaques ;
Affections rénales ;
Troubles trophiques : gangrène des extrémités, eschares sacrées ; vitiligo ; cyanose ; œdèmes ;
Affections organiques du cerveau : hémorrhagie, ramollissement.

La *mort* peut être le résultat de l'aliénation ou des complications. On peut distinguer trois sortes de cas à cet égard.

1° *Cas qui relèvent directement de l'aliénation :*

Paralysie générale ;
Délire aigu ;
Delirium tremens ;
Démence épileptique ;
Démence apoplectique.

2° *Cas qui sont dus au suicide et en relèvent indirectement :*

Mélancolie ;
Hypochondrie ;
Impulsions conscientes ou non.

3° *Cas qui relèvent des complications :*

Cachexie progressive ;

Inanition;
Tuberculose pulmonaire;
Gangrènes pulmonaire ou autres;
État de mal épileptique;
Pneumonie et fièvres graves;
Diarrhées incoercibles;
Affections cardiaques et rénales;
Apoplexie cérébrale.

DU TRAITEMENT EN GÉNÉRAL

Une fois qu'on a posé le diagnostic et le pronostic, que faut-il faire ? Doit-on interner le malade dans un établissement spécial ou le soigner à domicile ? Dans le premier cas seul le traitement peut être complet; dans le second il n'y a guère que les moyens adjuvants qui peuvent être employés. Nous allons examiner successivement en quoi consistent l'isolement d'une part, le traitement à domicile par les moyens adjuvants de l'autre, et dans quels cas on doit recourir à l'un ou à l'autre.

Internement et isolement. — Il ne faut pas confondre ces deux termes. L'internement est une mesure de sécurité, l'isolement un moyen thérapeutique. Un malade interné qui voit sa famille, ses amis, reçoit des lettres et en envoie, n'est pas isolé, ou du moins ne l'est pas au sens thérapeutique réel ; un malade placé loin de son milieu habituel, n'ayant plus de rapports directs ni indirects avec lui, est un malade isolé, et cependant il peut ne pas être interné. L'internement simple s'applique aux malades incurables ou dangereux; l'isolement s'applique avant tout aux malades curables. Ce sont donc deux

questions bien distinctes que celles de savoir si l'on doit interner, et si l'on doit isoler. A la vérité, il est le plus souvent nécessaire de séquestrer les malades pour les isoler réellement et leur donner tous les soins nécessaires, et si j'insiste ici sur cette distinction, c'est que le médecin de la famille ne doit pas seulement indiquer la mesure à prendre, mais encore l'utilité du traitement qui en sera la conséquence.

Il y a *urgence à interner* dans les cas suivants :

Manies;
Excitation maniaque symptomatique;
États d'agitation;
Délires avec impulsions violentes, destructives ou homicides (épilepsie);
Délires toxiques subaigus et aigus;
Délires de persécution ;
Délires mystiques;
Persécutés persécuteurs ;
Délires de grandeur;
Délires avec idées de suicide.

Dans tous ces cas les familles sont les premières à comprendre la nécessité de l'internement, qui s'impose d'ailleurs par l'état d'agitation qui ne permet pas de garder le malade chez lui, par les conséquences sociales que peut entraîner son état, par le danger enfin qu'il présente, soit pour les autres, soit pour lui-même.

Si la famille ne le comprend pas, ou du moins cherche à temporiser encore, dans l'espoir que les

accidents vont peut être se dissiper brusquement, sous l'influence d'une forte émotion, comme le veut le préjugé encore si répandu, il est du devoir du médecin de dire nettement la vérité, de montrer les dangers que l'expectation peut entraîner. (Voy. aux divers chapitres le pronostic.)

L'*isolement est nécessaire* dans :

États mélancoliques ;
Folie hystérique et accidents hystériques
Folie morale ;
Délires d'emblée ;
Délires toxiques ;
Folie puerpérale ;
Morphinomanie ;
Neurasthénie.

L'*isolement est inutile ou nuisible* dans :

Délires hypochondriaques légers ;
Obsessions ;
Démences tranquilles ;
Idiotie, imbécillité.

Au point de vue de l'état mental lui-même, on peut être guidé par les considérations suivantes, indiquées par M. Falret.

Cas où il est inutile, et quelquefois préjudiciable d'isoler les malades :

1° Altération faible des facultés affectives ;

2° Délire paisible s'exerçant sur des objets n'ayant que des rapports très éloignés avec les localités ou les personnes environnantes.

Cas où il y a urgence d'isoler :

1° Lorsque les sentiments affectifs sont pervertis, que l'indifférence ou l'aversion a succédé aux affections les plus légitimes ;

2° Lorsque l'aliéné est capricieux, despote, agité, dangereux pour les autres ou pour lui-même ;

3° Lorsque son délire s'est préparé au milieu ou par le concours même de circonstances qui continuent à l'entourer ;

4° Lorsque la famille du malade manque de jugement, de circonspection, de bienveillance et de fermeté ; lorsqu'il y a conflit d'opinion entre les membres d'une même famille relativement au malade et aux soins qu'il doit recevoir.

Le médecin doit éviter, vis-à-vis de la famille, de se servir des mots « internement », « séquestration », « isolement », qui sont mal compris par elle ou l'effrayent inutilement. Il est préférable de dire « qu'il faut *placer* le malade dans une maison spéciale », « qu'il faut le *changer de milieu* ».

On se heurte à des objections qu'on doit prévoir, pour les vaincre en y répondant immédiatement. Les familles, qui sont généralement plus ou moins déséquilibrées elles-mêmes, ne veulent généralement admettre qu'avec difficulté que leur malade soit aliéné véritablement, tout en vous appelant pour constater précisément qu'il l'est. Lorsqu'on prescrit l'internement et l'isolement on vous demande de temporiser ; « la maladie va peut-être disparaître (car le malade a été plus calme, a mieux dormi la veille) ; il vaudrait peut-être mieux essayer de voyages, de

distractions, ou de repos à la campagne ; l'internement dans une maison de santé perdra de réputation le malade, et tous les membres de la famille pourront en souffrir ; il faut consulter les autres parents pour prendre une mesure si grave, car une fois guéri le malade ne pardonnerait pas à ses proches de l'avoir enfermé ; il n'est pas encore assez malade et on le rendra tout à fait fou en le plaçant au milieu des aliénés ; il lui faut l'affection des siens, qui, mieux que personne, pourront le comprendre et le soigner avec dévouement. »

Ce sont là des sentiments tout à fait naturels et dont quelques-uns sont très louables, mais qui, malheureusement, vont complètement à l'encontre des véritables intérêts du malade. Voici ce qu'on peut répondre à ces diverses propositions.

Toute atténuation dans l'appréciation de l'état mental actuel peut être réfutée en annonçant à la famille les phénomènes qui vont se dérouler, si on n'intervient pas. D'autre part, en leur faisant constater des symptômes qui leur ont nécessairement échappé, on leur en démontre les conséquences au point de vue de la maladie, et les dangers, s'il y a lieu.

Toute temporisation pour un motif quelconque trouve un argument péremptoire dans les considérations suivantes : plus on attend, plus il est prouvé que la curabilité est difficile, que le traitement est long, que la chronicité est possible ; plus on attend, plus le malade risque de se livrer à des actes qui, en provoquant un scandale public, déterminent son

placement d'*office*, c'est-à-dire le soustraient à la décision de la famille, ou à des actes qui compromettent sa fortune, sa situation, son existence même ; les affections mentales enfin, livrées à elles-mêmes, n'offrent que très peu de chances de guérir subitement, comme on l'espère, et ne font, bien plutôt que s'aggraver.

En ce qui concerne le tort que l'internement peut entraîner pour le malade et sa famille, il ne peut qu'augmenter si on laisse tout le monde constater son état d'aliénation. Si on l'éloigne immédiatement de chez lui sous un prétexte quelconque, avant qu'on s'en soit aperçu, il est facile de dissimuler sa maladie. Les formalités nécessaires pour le placement sont trop peu compliquées pour qu'on ait à craindre que ce soit de ce côté que le bruit s'en répande.

Quant à l'intelligence des parents pour soigner un de leurs aliénés, et à la bonne influence que cela peut avoir sur lui, c'est une grosse erreur. L'isolement étant la base même du traitement des cas curables, c'est le supprimer que de mettre auprès du malade son entourage habituel. Il y a changement de place, il n'y a pas changement de milieu. Bien loin d'aggraver l'état du malade, la séquestration l'améliore, au contraire. Les aliénés sont trop absorbés d'ailleurs par leurs idées délirantes pour s'occuper des autres malades.

Lorsque les malades sont agités, bruyants, les familles se laissent plus facilement convaincre. Quand ils sont au contraire déprimés, mélancoliques,

il est bien plus dur de leur faire admettre que leur tristesse ne va pas augmenter quand ils se verront séparés des leurs, éloignés de chez eux. Quand la cause de leur affection est auprès d'eux, on peut se servir de ce prétexte pour faire comprendre qu'il est nécessaire de la leur enlever des yeux pour détourner le cours de leurs pensées. Lorsqu'il n'en est pas ainsi, il faut démontrer l'utilité reconnue par expérience de l'isolement dans de tels cas, l'état d'indifférence pour tout ce qu'il aimait, que présente actuellement le malade, son incapacité de vouloir, le danger de voir la sitiophobie et les idées de suicide survenir, la nécessité d'une surveillance plus stricte, d'un traitement psychique dirigé suivant certaines règles, et de soins spéciaux adjuvants tels que l'hydrothérapie, l'électrothérapie, etc.

On vous répond fréquemment que le malade, étant très raisonnable, comprendra lui-même à la longue la nécessité de se soigner, qu'on ne veut pas le forcer, qu'on l'y amènera bien par le raisonnement; qu'il se laissera faire par affection pour les siens, etc. C'est une chose singulière que de voir un malade dont la raison est atteinte, consulté sur les soins qu'il doit recevoir pour le remettre en équilibre, alors qu'il n'a pas conscience de son trouble mental. On n'écouterait pas un malade atteint de fièvre typhoïde qui prétendrait diriger son traitement, mais on écoute un aliéné qui ne se croit même pas malade. C'est le comble de l'aberration. Fort heureusement pour le malade, c'est lui-même qui se décide quelquefois à quitter son domicile,

dont il a horreur comme de tout ce qui le touche, qui lui rappelle son passé, ses affections, dont il n'est plus digne, pour aller se constituer prisonnier ou débarrasser sa famille de sa présence.

L'*isolement* qu'on appliquera au malade une fois interné, est un moyen thérapeutique des plus puissants, pour ne pas dire le plus puissant dans la plupart des formes d'aliénation mentale. Telle affection qui a mis six mois à guérir, traitée au dehors, guérit en deux mois à peine si on pratique l'isolement dès le début d'une récidive.

L'isolement consiste à soustraire le malade à toutes ses habitudes, en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis, en l'entourant d'étrangers, en provoquant chez lui des impressions toutes nouvelles. L'isolement soustrait le malade à l'influence de la cause qui a déterminé sa maladie, à l'influence funeste de sa famille ordinairement déséquilibrée elle-même, et qui a, pour des troubles qu'elle connaît bien pour les avoir plus ou moins éprouvés quelquefois, une sollicitude tout à fait exagérée et contraire à l'intérêt du malade. Cette influence de la famille est telle qu'une simple visite, une lettre même, en réveillant chez le malade toute une série d'idées ayant rapport au début de son délire, le fait retomber avec la plus grande facilité, soit dans une plus grande excitation, soit dans une plus forte dépression. On gagne toujours à pratiquer strictement l'isolement et le plus longtemps possible. On perd toujours à se départir de cette règle.

Et quand on commence à rendre le malade à son milieu, il faut le faire avec la plus extrême prudence, par une progression aussi insensible que possible. C'est là un des points les plus délicats du traitement moral.

L'isolement n'agit pas seulement au point de vue psychique ; il agit aussi au point de vue physique. Le calme, la séparation d'avec des personnes ne sachant pas diriger le cours des pensées du malade, le contrariant maladroitement, ou le raisonnant à faux, la discipline, la fermeté qui supplée à sa volonté affaiblie, amènent chez lui une sédation de tous les phénomènes.

L'isolement permet enfin — et c'est là, à mon sens, un de ses plus grands avantages — au médecin de donner au *traitement moral* une direction précise et continue. Or le traitement moral, ou pour mieux dire *psychique*, est le point capital du traitement de l'aliénation. Il y aurait trop à dire ici sur ce sujet. Je le laisserai de côté, car il ne s'adresse qu'aux médecins aliénistes chargés de traiter les malades, et habitués à ce genre de maladies. Mais ce sur quoi j'insiste, c'est sur la part qui doit lui être faite dans le traitement général de l'aliénation, sur la nécessité qu'il y a à lui donner une direction unique, qui ne soit entravée ou déviée par aucune autre influence extra-médicale, si bien intentionnée que soit la personne qui l'exerce. Une fois qu'on a décidé la famille à placer son malade dans un établissement spécial, qu'on lui a fait comprendre la nécessité de l'isolement, il reste à savoir où pratiquer cet

isolement. Dans une maison de santé ou un asile, dans un établissement d'hydrothérapie, à la campagne, dans la maison même du malade? Examinons ces différents problèmes.

L'isolement dans une partie séparée de la maison du malade est une utopie et une illusion. Il aggraverait plutôt qu'il n'améliorerait l'état du malade, furieux ou peiné de se voir exilé dans sa propre maison, tenu à l'écart comme un pestiféré, incapable de donner un ordre chez lui, à ses domestiques à lui. Un pareil isolement a tous les inconvénients et aucun avantage.

L'isolement à la campagne, ou au moyen de voyages faits en compagnie d'un médecin, peut être profitable dans certains cas peu graves, mais n'est pas à la portée de toutes les bourses. Pour être réellement efficace, il faut qu'il soit pratiqué sous la direction absolue d'un médecin. Ce procédé n'est guère applicable qu'à des cas peu intenses. Quant aux voyages, c'est surtout avec des hypochondriaques, des abouliques, des obsédés, qu'ils peuvent rendre des services, ou encore de simples déséquilibrés, ayant besoin d'une direction morale, qui les détourne des voies mauvaises où ils ont pu entrer. Les déments, certains aliénés chroniques tranquilles, des déments paralytiques également, se trouvent très bien du séjour à la campagne où ils peuvent recevoir tous les soins hygiéniques, les seuls que réclame leur état.

L'isolement dans un établissement d'hydrothérapie est souvent insuffisant, la plupart de ces établisse-

ments n'étant que de simples hôtels meublés avec salle de douches annexée, et où la direction médicale est souvent subordonnée à l'intérêt commercial. Sous prétexte que ce sont des établissements ouverts, on y donne trop de liberté aux malades, qui vont et viennent à leur gré, qu'on admet avec des gardes prises au dehors, sur lesquelles le médecin n'a que peu d'influence, leur intérêt étant de satisfaire tous les caprices de leur malade, qu'on accepte même avec un ou plusieurs membres de leur famille, ce qui est la négation même de l'isolement. Pour qu'un établissement d'hydrothérapie remplisse le rôle qu'on attend de lui, il faut qu'il soit aussi fermé qu'un asile d'aliénés, et que le médecin ait seul la direction des malades qui lui sont confiés.

Certains mélancoliques et hypochondriaques, certains cas de débilité mentale avec accidents hystériformes, les neurasthéniques, les alcooliques, les morphinomanes peuvent y être avantageusement placés, alors qu'on ne pourrait songer à les interner dans un établissement uniquement consacré aux aliénés.

Enfin l'internement dans ces derniers établissements — asiles publics ou privés — est indispensable dans tous les cas que nous avons mentionnés plus haut.

Moyens de traitement adjuvants. — L'isolement et le traitement moral étant les deux pierres angulaires du traitement de l'aliénation mentale, nous ne ferons qu'indiquer brièvement les moyens adjuvants. Les soins hygiéniques les plus importants

consistent dans le choix de l'alimentation, et dans la propreté pour les gâteux.

Comme adjuvant au traitement psychique on a vanté la suggestion hypnotique. Les faits rapportés jusqu'ici sont trop peu nets, trop peu probants, pour qu'on puisse faire grand fonds sur un pareil procédé, qui, dans l'hystérie elle-même, donne des résultats plus superficiels que profonds, masquant plutôt l'état maladif que le détruisant réellement.

Les moyens physiques sont : l'hydrothérapie — douches ou bains, — l'électrothérapie et le massage.

Les douches froides stimulantes, les bains sinapisés sont indiqués dans la mélancolie ; les bains tièdes prolongés dans la manie ; les douches froides dans les psychoses névropathiques ; toute hydrothérapie est le plus souvent mauvaise dans la paralysie générale.

L'électricité statique, et surtout la galvanisation transcérébrale, sont les deux meilleurs procédés d'électrothérapie à employer dans les états de dépression, et pour procurer le sommeil.

La gymnastique, la vélocipédie, sont indiquées aussi dans les formes dépressives sans épuisement, à la période de convalescence surtout.

Les injections hypodermiques (de morphine, de cocaïne, d'hyoscine, d'ergotine, etc., de liquide de Brown-Séquard) ont cet avantage de pouvoir être facilement administrées à des malades qui refusent tout médicament par la voie buccale. Mais on ne doit pas beaucoup compter sur la thérapeutique médicamenteuse.

Parmi les agents pharmaceutiques, les purgatifs et

les désinfectants intestinaux sont certainement les plus utiles, en particulier chez les mélancoliques et dans tous les états congestifs. Viennent ensuite les calmants et les hypnotiques : chloral, bromure, paraldéhyde, sulfonal, hypnone, hypnal, hyosciamine, hyoscine, opium, laudanum ; — puis les toniques et les stimulants : quinquina, kola, noix vomique, arsenic, alcool, caféine, etc.

Durée du traitement. — La famille ne manque pas de demander à combien on estime la durée du traitement. Beaucoup de médecins ont l'habitude d'assigner un terme généralement trop court à la maladie. Outre qu'il est presque impossible de se prononcer à cet égard, avant d'avoir suivi le malade en traitement pendant quelque temps, il vaut toujours mieux assigner un terme plus éloigné qu'un trop rapproché. Cela démontre en effet à la famille qu'il s'agit d'une affection sérieuse, demandant un traitement prolongé ; et cela lui permet en outre de prendre plus facilement patience, et de laisser la convalescence se faire dans les meilleures conditions, au lieu d'être ralentie par l'empressement qu'on met à la précipiter. Il y a donc tout avantage pour le malade dont le traitement ne risquera pas d'être prématurément interrompu au moment où il commencerait à porter le plus de fruits.

Formalités administratives *pour le placement des aliénés dans les maisons de santé et asiles.* — Les formalités sont extrêmement simples ; les pièces à produire pour le placement d'un malade par sa famille sont les suivantes :

1° Un *certificat de médecin*, constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée.

Ce certificat n'a besoin que de la signature *d'un seul* médecin. Cette signature ou l'une des deux seulement, si le certificat a été fait en consultation avec un spécialiste, doit être légalisée soit par le commissaire de police, soit par le maire. Le certificat doit être fait sur papier timbré à 60 centimes, sauf le cas où il est délivré gratuitement à un indigent, ce dont il doit être fait mention. Ce certificat n'est valable que pour une durée de quinze jours. Il ne peut être signé par un médecin attaché à l'établissement où le malade doit être placé, ni par un médecin parent ou allié au second degré inclusivement du médecin ou du directeur de l'établissement, ou de la personne qui effectue le placement. En cas d'urgence, le directeur de l'asile ou de la maison de santé peut se dispenser d'exiger immédiatement le certificat, dont la légalisation n'a pas été faite encore, par exemple.

2° Une *demande d'admission* contenant les nom, prénoms, profession, âge, domicile, tant de la personne qui la formera, que de celle qui en sera l'objet, et l'indication du degré de parenté, ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

Cette demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et, s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en

donnera acte. Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir à l'appui un extrait du jugement d'interdiction. Cette demande n'a pas besoin d'être écrite d'avance. Elle est faite au moment même de l'admission du malade dans l'établissement par la personne qui l'amène. Il n'est pas besoin qu'elle soit formée par un parent : un simple ami suffit pour la faire.

3° Une *pièce constatant l'identité* du malade, acte de naissance, de mariage, passeport, livret militaire, etc.

Les placements sont de deux ordres : placements *volontaires* et placements *d'office*.

Les *placements d'office* sont faits par les soins de l'administration et lorsqu'il y a intervention de la police. Ou bien le malade se livre à quelque scandale sur la voie publique, qui dénote un dérangement cérébral, et est conduit au dépôt où il est examiné par le médecin qui lui donne un ordre de conduite pour être mené à l'asile départemental, en province, ou au bureau d'admission de Sainte-Anne, à Paris, d'où il est dirigé sur les autres asiles de la Seine. Ou bien c'est un malade qui cause du trouble dans sa maison, provoque des plaintes de la part des voisins, ou que la famille ne peut arriver à conduire elle-même dans un établissement d'aliénés, à cause de sa résistance et du danger qu'il peut offrir. Dans ce cas la famille doit faire constater l'état mental par un médecin qui fait un certificat. Muni de ce certificat, le commissaire de police, prévenu des faits, fait une enquête sommaire et établit un ré-

quisitoire, en vertu duquel des agents peuvent venir prendre le malade, et le conduire dans l'établissement où il doit être interné.

Dans les communes éloignées d'un asile, c'est au maire qu'il faut s'adresser pour le transfert des aliénés dans ces conditions.

Une fois placé d'office par l'administration, le malade est soustrait à sa famille en ce sens que, voulût-elle le faire sortir, elle ne le peut pas, si le médecin constate que son état ne le permet pas, et cela aussi bien pour les asiles privés, que pour les asiles publics. Dans le cas d'asile privé, il est évident que le médecin ne peut pas retenir un malade même dangereux placé d'office si la famille ne veut plus y payer sa pension ; mais en prévenant, comme il doit le faire, la préfecture de police à Paris, la préfecture dans les départements, il provoque le transfert dans un autre établissement au gré de la famille, mais ne peut pas accorder la sortie, qui est ordonnée dans ce cas par les préfets, sur l'avis du médecin traitant.

Le second mode de placement est le *placement volontaire*. C'est celui qui est le plus ordinaire, dans les maisons de santé privées et dans les pensionnats d'asiles. Il tend à se répandre dans la classe des gens qui ne peuvent faire qu'un placement non payant. A Paris, il suffit de conduire le malade au bureau d'admission de Sainte-Anne (1), où il est

(1) A Paris, c'est par un véritable abus de pouvoir que tous les malades doivent passer par le bureau d'admission, car, légalement muni des trois pièces indiquées plus haut, tout aliéné devrait être reçu im-

reçu muni des pièces citées plus haut. Mais il est soumis à la répartition dans les autres asiles de la Seine. Si au contraire le placement est payant, il n'est pas soumis à la répartition et reste à Sainte-Anne. Dans les départements il suffit de conduire le malade à l'asile public départemental.

Nous devons ajouter que le malade ne peut être admis en placement volontaire dans un asile public que s'il possède son domicile de secours dans le département, c'est-à-dire s'il y réside depuis un an au moins. Les individus n'ayant pas leur domicile de secours dans le département et les étrangers ne peuvent être admis que d'office.

Le placement des épileptiques et des idiots suscite quelquefois des difficultés dans les établissements où il n'y a pas de quartier spécial, comme il en existe à Bicêtre et à la Salpêtrière, où les malades de ces deux catégories peuvent être reçus sans certificats d'aliénation mentale. Mais le plus souvent, pour les épileptiques surtout, ou pour des idiots adultes, il est nécessaire, pour les placer sûrement, de leur déli-

médiatement dans celui des asiles de la Seine où il se présente, comme un malade à une consultation d'hôpital. Les familles seraient ainsi libres de choisir le médecin traitant. Le bureau d'admission ne devrait être qu'un bureau de répartition administrative, comme le bureau central des hôpitaux, où le rôle du médecin consiste à reconnaître si l'individu qui se présente est ou non malade, et si son état permet son transfert et dans quelles conditions. Il est absurde qu'un malade désirant entrer à la Salpêtrière ou à Bicêtre, soit obligé d'être admis d'abord à Sainte-Anne, puis transféré à la Salpêtrière ou à Bicêtre. Ce n'est profitable ni au malade, ni à l'administration. Aussi doit-on espérer, dans l'intérêt des malades et des familles, qu'un jour ou l'autre cette suprématie du bureau d'admission de Sainte-Anne disparaîtra, pour faire place à un état de choses plus logique, plus légal, et plus juste.

vrer un certificat où on ne se borne pas à constater l'épilepsie ou l'idiotie, mais où on indique que le malade est dangereux du fait de son état mental et doit être interné. Si le certificat constate simplement l'épilepsie ou l'idiotie, on ne peut recevoir le malade dans un asile, lequel ne peut admettre que des aliénés conformément à la loi.

Des certificats médicaux. — La formalité la plus indispensable pour le placement d'un aliéné est le certificat du médecin.

Nous avons vu plus haut (p. 482) comment devait être établi ce certificat. Voyons comment il doit être rédigé. Cette rédaction est très variable comme étendue, suivant les cas. Elle ne doit pas se borner, comme on le fait quelquefois, à mentionner que « le malade est atteint d'aliénation mentale et doit être interné ». La loi exige : 1° *de constater l'état mental de la personne à placer ;* 2° *de relater les particularités de sa maladie ;* 3° *d'indiquer la nécessité de la placer dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée.*

Le médecin qui le formule doit autant que possible avoir en vue de donner au médecin traitant les renseignements les plus immédiatement utiles pour lui permettre de prendre les précautions nécessaires. La famille cache en effet, le plus souvent, au médecin de l'établissement d'aliénés, les choses les plus graves de son malade, lui rendant ainsi, sans s'en douter, le plus mauvais service, mais pour avoir en quelque sorte la satisfaction tout illusoire de s'entendre dire que le cas est peut-être moins sérieux qu'on ne pensait au premier abord. Les impulsions au sui-

cide ou aux violences doivent être tout spécialement indiquées, ainsi que la nature des idées de persécution quand elles existent, ou les attaques nerveuses dont le sujet peut être atteint accessoirement, etc.; bref tous les phénomènes passagers, non immédiatement constatables à l'entrée du malade, et dont l'ignorance par celui-ci pourrait avoir des conséquences fâcheuses, soit pour le malade, soit pour son entourage. Les détails doivent être d'autant plus complets que la forme morbide est plus délicate à classer, par exemple s'il s'agit de folie morale ou raisonnante. Il n'est pas nécessaire de formuler un diagnostic précis; il suffit d'indiquer les symptômes.

Il faut indiquer quelles sont les impulsions les plus fréquentes, les plus habituelles; les idées prédominantes du malade et donner les exemples les plus frappants de ses conceptions fausses (idées de suicide, de grandeur, hypochondriaques, de persécution); les illusions et les hallucinations, en signalant particulièrement en quoi consistent celles de la vue et de l'ouïe. Enfin s'il y a une cause somatique, telle que l'albuminurie, la puerpéralité, l'alcoolisme, les habitudes morphiniques, une maladie fébrile grave antérieure, il est utile de la signaler aussi. Dans les cas où il existe des accès d'épilepsie ou d'hystérie, il est bon d'indiquer les actes auxquels les malades se livrent consécutivement.

Voici une formule générale de certificat :

Je soussigné, docteur en médecine, demeurant à ....., rue ..... n° ...., certifie que M. (nom, prénoms, âge,

état civil, profession, domicile), *est atteint d'aliénation mentale* (indiquer le nom de la maladie si le diagnostic n'est pas douteux), *dont le début paraît remonter environ à ....*, (s'il y a une cause accidentelle ou morbide évidente, la signaler) *et qui est actuellement caractérisée par les symptômes suivants* (état d'excitation ou de dépression, caractères des idées délirantes, illusions et hallucinations, impulsions et actes anormaux, troubles des sentiments affectifs et sociaux et leurs conséquences). *Cet état nécessite le placement et le maintien de M... dans un établissement spécial d'aliénés, tant au point de vue du traitement de sa maladie que des conséquences qui pourraient en résulter ou pour lui-même ou pour son entourage.*

En foi de quoi j'ai délivré le présent certificat.

A........ le ....

(*Signature légalisée.*)

Transport du malade dans l'établissement choisi. — Dans les cas de dépression, de démence, d'imbécillité, il n'y a généralement aucune difficulté pour amener le malade dans l'établissement où il doit être interné. En règle générale, il vaut mieux ne pas le prévenir de cette mesure, et laisser au médecin de l'établissement le soin de lui expliquer sa nouvelle situation dès que sa famille l'a quitté, ce qu'elle doit faire le moins ostensiblement possible, sans adieux.

Lorsqu'il s'agit d'agités inconscients, comme des maniaques, des paralytiques généraux, des alcoo-

liques délirants, etc., il vaut mieux charger de ce soin le médecin de l'établissement où on doit conduire le malade, et faire emmener ce dernier par des infirmiers habitués qui viennent le chercher à son domicile et peuvent lui appliquer les moyens de contrainte nécessaires. Il faut autant que possible éloigner de la maison les femmes, les enfants, toutes les personnes impressionnables, qui, par leurs pleurs ou leurs cris, ne font qu'exagérer l'agitation ou l'émotion du malade, et interviennent ordinairement d'une façon tout à fait intempestive.

Avec les fous raisonnants, les persécutés, certains excités maniaques, les difficultés sont encore plus grandes : les malades peuvent même opposer une résistance dangereuse. Le mieux est d'user de subterfuge, une promenade en voiture en particulier. On enverra quelqu'un en avant pour signaler à l'établissement l'arrivée du malade et tenir la porte grande ouverte pour entrer directement. Une fois dans l'établissement, le personnel habitué à ce genre de malades se charge du reste, et le malade lui-même, bien souvent, comprenant qu'il lui est impossible de s'échapper, se soumet, en se réservant de réclamer contre sa séquestration, arbitraire suivant lui. Dans ces cas on fera bien du reste de s'en remettre aux indications du médecin de l'établissement, qui donnera un conseil en rapport avec les tendances du malade. Il n'y a d'ailleurs pas urgence, bien souvent, dans ces cas, et il suffit de saisir une occasion favorable dès qu'on est muni des pièces nécessaires.

Déontologie. — Il nous reste à donner quelques

indications au sujet de quelques points sur lesquels les médecins sont souvent consultés dans les familles.

Certificat de non aliénation. — Si on est le plus souvent appelé à établir des certificats constatant l'aliénation, on peut aussi recevoir des demandes pour certifier qu'un individu est sain d'esprit. C'est surtout quand il s'agit de donations ou de testaments que cette demande est formulée, ordinairement par des tiers, ou bien quand un individu pense avoir été séquestré illégalement, et alors elle est faite directement par l'intéressé. Dans aucun cas on ne doit délivrer de semblable certificat. Le fait même qu'on est obligé de prendre cette précaution prouve que les contestations et le doute sont possibles, et il y a toutes chances pour qu'on vous cache le véritable état mental du sujet pour lequel on fait cette demande.

Si cette règle peut offrir quelques exceptions dans le premier cas, je ne crois pas qu'elle en souffre dans le second. Car les réticences, les dissimulations, sont trop fréquentes chez les raisonnants, les persécutés, les obsédés, les impulsifs, les fous moraux pour qu'on puisse ajouter la moindre foi à un examen auquel s'offre lui-même un individu qui a sans doute quelque raison de craindre qu'on ne puisse le prendre pour un aliéné, puisqu'il est obligé de recourir à une preuve palpable pour démontrer qu'il ne l'est pas.

Mariage, rapports sexuels, procréation. — Un préjugé très répandu dans le public, et il faut l'avouer

aussi chez un certain nombre de médecins encore, c'est que le mariage, les rapports sexuels, la procréation, peuvent avoir une influence favorable sur l'aliénation. C'est en particulier pour les femmes que se pose cette question, pour des jeunes filles plus ou moins dégénérées, bizarres, hystériques, qu'on veut marier pour les guérir.

Il est impossible d'empêcher un individu marié guéri d'un accès d'aliénation mentale, de reprendre les rapports sexuels interrompus par la maladie. Mais il est peut-être bon de lui déconseiller, au moins pendant un certain temps, la procréation. Quant aux jeunes filles déséquilibrées qu'on songe à marier pour les guérir, il faut franchement déconseiller le mariage, pour elles d'abord, dont l'état s'aggrave presque sûrement de ce fait, pour les enfants qu'elles peuvent avoir ensuite, pour la famille enfin, pour laquelle un mariage dans de semblables conditions est une source certaine de soucis et de chagrins.

Chances d'hérédité. — On peut être enfin consulté sur les chances d'hérédité qu'offre un individu appartenant à une famille d'aliénés. Il faut toujours être très circonspect quand c'est l'intéressé lui-même qui vous consulte à cet égard. Un avis trop absolu peut avoir, chez un individu prédisposé, les plus fâcheuses conséquences. On a moins de ménagements à prendre quand il s'agit d'un tiers, à l'occasion d'un futur gendre ou d'une future bru, le plus souvent.

Le degré de parenté de l'individu avec l'aliéné ou les aliénés de la famille, les tares physiques et psy-

chiques qu'il présente lui-même doivent entrer en considération pour une grande part. Plus le nombre des aliénés est grand dans la famille, plus l'individu leur est directement lié, plus il est lui-même physiquement et psychiquement dégénéré, puis il leur ressemble comme tendances générales de l'esprit, et plus il a de chances de verser un jour ou l'autre dans l'aliénation. Mais le genre de maladie mentale dont ces membres ont été atteints est le point le plus important peut-être à examiner pour baser son pronostic. De toutes les formes, les plus héréditaires sont les affections dégénératives : telles sont les folies intermittentes, périodiques, la folie raisonnante, le délire de persécution, les obsessions, impulsions et idées fixes, l'hypochondrie, le suicide. Les psychoneuroses, telles que la mélancolie et la manie aiguës, sont beaucoup moins héréditaires.

La paralysie générale l'est moins encore, mais elle expose les descendants aux affections organiques du cerveau.

L'alcoolisme entraîne surtout la dégénérescence morale des individus, l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie ou l'imbécillité. Il suffit d'un seul alcoolique pour créer d'emblée une dégénérescence héréditaire équivalente à celle de plusieurs générations d'aliénés.

Enfin le médecin peut être consulté, quoique bien plus rarement, sur la nécessité et les formalités nécessaires pour l'*interdiction*, le *conseil judiciaire* d'un malade ou l'*administration provisoire* de ses biens. C'est ordinairement le médecin aliéniste qui est ap-

pelé à se prononcer à ce sujet. Il est bon, néanmoins, de savoir en quoi consistent ces différentes choses.

L'*interdiction* est prononcée quand l'individu est dans *un état habituel d'imbécillité, de démence* (*aliénation*) *ou de fureur, même lorsque cet état présente des intervalles lucides* : tels sont les termes de la loi.

L'interdiction est une mesure grave, qui prive l'aliéné de tous ses droits civils. On ne doit la provoquer que dans les cas où il y a incurabilité ceraine. Elle peut être provoquée par un des époux ou un des parents, ou même par le ministère public. La demande est portée devant le tribunal civil. Les faits constituant la folie doivent être articulés par écrit, et cette articulation doit être accompagnée d'un certificat médical. Ce certificat éclaire le conseil de famille, convoqué par le tribunal avant tout commencement d'instruction. Ce certificat, qui a une importance capitale, doit être rédigé avec le plus grand soin. En effet, l'aliéné est interrogé soit en chambre du conseil, soit dans l'établissement où il est interné par un juge et un délégué du ministère public. Quelquefois même une enquête où sont appelés à intervenir des témoignages de diverses sortes peut être ordonnée. Le tribunal civil prononce alors ou rejette la demande en interdiction, qui peut du reste, une fois admise, être levée par un nouveau jugement si l'état du malade se modifie d'une façon suffisante pour lui permettre de reprendre la direction de lui-même.

Le *conseil judiciaire* est une mesure beaucoup moins grave, qui s'applique à des individus qui, tout en n'étant pas, à proprement parler, des aliénés, sont cependant incapables de gérer convenablement leurs biens. Tels les joueurs, les prodigues, certains vieillards ou faibles d'esprit. Le conseil judiciaire, prononcé de la même façon que l'interdiction, leur laisse le droit de se marier et de tester, mais leur interdit « de plaider, de transiger, d'emprunter, de recevoir capital, mobilier, donner décharge, aliéner ni grever leurs biens d'hypothèques, sans l'assistance de leur conseil ».

Enfin pour les aliénés internés, mais dont l'état est passager, curable, et qui possèdent des biens dont ils ne peuvent s'occuper momentanément, il y a l'*administration provisoire.* Dans les asiles publics l'administration provisoire des biens des aliénés est exercée par les commissions de surveillance ou d'administration de ces établissements.

Pour les aliénés placés dans des maisons de santé privées, l'administration provisoire doit être provoquée par la famille. C'est le conseil de famille, réuni par le juge de paix, qui décide de l'opportunité de nommer un administrateur provisoire des biens du malade et choisit ce curateur, dont les pouvoirs cessent de plein droit lors de la sortie du malade.

FIN

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

*

3276-92. — Corbeil. Imprimerie Crété.



